Aus dem Institut für Hirnforschung
der Universität Tübingen
Direktor: Prof.Dr.med.J.Peiffer

Die Entstehung der 'epileptischen Wesensveränderung'

Zur Geschichte der psychopathologischen Theoriebildung in der deutschen Epileptologie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Theoretische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

vorgelegt von

Dipl.päd. Baltram Gottlob Schmidt
aus Kirchheim/Teck

1984

Aus dem Institut für Hirnforschung
der Universität Tübingen
Direktor: Prof.Dr.med.J.Peiffer

Die Entstehung der 'epileptischen Wesensveränderung'

Zur Geschichte der psychopathologischen Theoriebildung in der deutschen Epileptologie

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Theoretische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

vorgelegt von

Dipl.päd. Baltram Gottlob Schmidt
aus Kirchheim/Teck

1984

Dekan: Prof.Dr.med. G.Fichtner
1. Berichterstatter: Prof.Dr.med. J. Peiffer
2. Berichterstatter: Priv.Doz.Dr.med. K.Foerster

DANKSAGUNG

Herrn Prof.Dr.J.Peiffer ist für die Annahme des Themas sowie die geduldige Betreuung und Förderung der Arbeit besonders zu danken; ferner bin ich Herrn Prof.Dr.G.Fichtner für seine wertvollen Hinweise zu Dank verpflichtet. Nicht zuletzt ist Frau Hübner von der Bibliothek der Universitäts-Nervenklinik herzlich zu danken für ihre freundliche und unermüdliche Hilfe bei der Suche nach schlecht zugänglichen Literaturstellen.

INHALTSÜBERSICHT

		Seite
1	EINLEITUNG	5
2	DIE GEGENWÄRTIGE SICHT DER ENTSTEHUNGSGESCHICHTE	13
3	ZUM THEORETISCHEN KONTEXT DER ENTSTEHUNGSPHASE	16
3.1	Zum Stand der Theoriebildung am Ende des 18. Jahrhunderts	16
3.2	Gerichtsmedizinische Beiträge	19
3.3	Frühe Monographien, Lehr- und Handbücher	32
3.4	Französische Einflüsse	35
4	ENTSTEHUNG UND VERBREITUNG	42
4.1	Formulierung	42
4.2	Aufstieg zur Lehrmeinung	49
4.3	Entwicklung zur psychiatrischen Stereotypie	58
5	ASPEKTE DER INHALTSSTRUKTUR	61
5.1	Bedeutungsprofil	61
5.2	Entwicklungslinien I: Ausweitung	66
5.3	Entwicklungslinien II: Verschiebungen	70
5.4	Entwicklungslinien III: Verdichtung	74
5.5	Zur Erkenntnislogik des 'epileptischen Charakters'	84

Seite

6 VOM 'EPILEPTISCHEN CHARAKTER' ZUR 'EPILEPTISCHEN WESENSÄNDERUNG' 93

6.1 Genuine Epilepsie und 'epileptischer Charakter' 1919-1933 94

6.2 Zur Rolle des 'epileptischen Charakters' in der nationalsozialistischen Rassenpolitik 110

6.3 Neue Empirie und konzeptioneller Wandel 127

7 PSYCHIATRIEGESCHICHTLICHE BEZUGSPUNKTE UND FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN 144

8 AUSBLICK: STATIONEN DES BEDEUTUNGSVERLUSTES DER 'EPILEPTISCHEN WESENSÄNDERUNG' 171

9 ZUSAMMENFASSUNG 181

ANMERKUNGEN 186

LITERATURVERZEICHNIS 214

1 EINLEITUNG

Es bedarf keines gesonderten Nachweises, daß ein Zusammenhang besteht zwischen wissenschaftlich systematisierter Erkenntnis über die Persönlichkeit resp. den Charakter von Epileptikern und den im breiten Publikum vorherrschenden Meinungs- und Bewertungsmustern, denen Epileptiker unterworfen werden. Hiervon aber hängen gesellschaftlich regulierte Zugangschancen zu kontingentierten Lebensbereichen und damit positive Lebensmöglichkeiten ab. Einer befriedigenden Integration von Epilepsiekranken stehen soziale Ausgrenzungs- und Stigmatisierungsvorgänge auf ganz unterschiedlichen Wirkungsebenen im Wege, die in der alltäglichen Existenz der Betroffenen eine uralte Tradition besitzen.[1] Entscheidende Schubkraft im Hinblick auf ihr Fortwirken bis in unsere Tage verdanken sie -wie zu zeigen sein wird- paradoxerweise der psychiatrischen Wissenschaft des 19. und 20. Jahrhunderts.

Um nur ein Beispiel zu nennen, läßt sich eine gerade Linie ziehen von einer heute verlassenen Anschauung Eugen Bleulers, die sich durch die ersten acht Auflagen seines Lehrbuches der Psychiatrie zog und der zufolge "die Epileptiker in der Regel Psychopathen (sind), schon bevor die Krankheit ihnen den eigenartigen Stempel aufgedrückt hat"[2], zu Ergebnissen von Meinungsumfragen, bei denen 1978 noch 23 % (1973: 31 %, 1967: 27 %, 1974 in den USA: 2 %) eines befragten repräsentativen Querschnitts der Bundesrepublik Epilepsie für eine Form von Geisteskrankheit hielten.[3] Es ist nicht verwunderlich, daß der Medizinsoziologe und -historiker G.Ritter noch vor wenigen Jahren darauf drängte, derartigen Fehlschlüssen im Interesse der Kranken insofern nachzugehen,

> "als ihre Außenseiterposition in der Gesellschaft nicht nur den Abbau von Ressentiments nicht informierter Kreise, sondern auch die Beseitigung traditionsreicher Fehlinformiertheit des (informierten) Experten zum Ziel haben muß, dessen Autorität im Sozialrollengefüge des Anfallskranken an prominenter Position angesiedelt ist, infolgedessen auch kritischer Überprüfung bedarf." [4]

Überblickt man die psychopathologisch ausgerichteten Ansätze der deutschen Epilepsie-Forschung dieses Jahrhunderts und vergleicht sie mit den entsprechenden Theoriebildungsprozessen in den benachbarten Ländern, so fällt schon bei oberflächlicher Betrachtung auf, daß die psychopathologische Komponente von Epilepsien nirgendwo Gegenstand von derart nachhaltigem Interesse war wie in der deutschen bzw. deutschsprachigen Psychiatrie. Einige Autoren haben darauf aufmerksam gemacht, daß der deutschen Epilepsie-Forschung auch eine Sonderstellung zukäme, was die inhaltliche Ausrichtung auf die sog. epileptische Wesensänderung anbetreffe.[5] Handelt es sich dabei nur um einen Zufallsbefund oder um ein spezifisch deutsches Phänomen, dem vielleicht eine thematische Neigung zu Grunde liegen könnte, Epilepsie und Psychopathologie in einem sozusagen selbstevidenten Zusammenhang zu sehen?

Für den anglo-amerikanischen Raum kamen J.Guerrant und seine Mitarbeiter 1962 bei einer historischen Standortbestimmung einiger Persönlichkeitsbilder von Epileptikern, die in der Theoriebildung zeitweilig dominierten, zu dem Ergebnis, daß nach dem 'Zeitalter des epileptischen Abbaus' (bis 1900) und des 'epileptischen Charakters' (1900-1930) um das Jahr 1930 das 'Zeitalter der Normalität' angebrochen sei. Es reiche bis in die Gegenwart hinein und zeichne sich durch die Vorstellung aus, daß die meisten Epileptiker sich im Hinblick auf ihre Persönlichkeit und ihre Intelligenz nicht von anderen Menschen unterschieden.[6]

In diametralem Gegensatz dazu zielte die deutsche Theorieentwicklung um 1930 darauf ab, endgültig

den Nachweis zu führen, daß Epileptiker im psychischen bzw. geistigen Bereich krankhaft verändert seien. Im Konzept der epileptischen Wesensänderung[7] fand dieses Bestreben seinen begrifflichen Ausdruck. Was H.Remschmidt 1969 an sozialen Einstellungen zu Epileptikern vorfand, läßt sich unschwer als vereinfachte Fassung dessen erkennen, was bis in die fünfziger und sechziger Jahre hinein in psychiatrischen Fachkreisen unter dem Stichwort der 'epileptischen Wesensänderung' verstanden und ausgiebig debattiert wurde. Remschmidts Ergebnisse zeigen,

> "daß Epileptiker von einer gemischten Bevölkerungsgruppe als pedantisch, jähzornig, ängstlich, mißtrauisch, sensibel, unsicher, egoistisch, als Einzelgänger, als gefährlich, reizbar, nervös, aggressiv, traurig und launisch angesehen werden. Obwohl der größte Teil der Befragten noch nie mit Epileptikern zu tun hatte, sind doch in der Bevölkerung relativ umschriebene stereotype Vorstellungen vorhanden, die einen deutlichen negativen Akzent haben."[8]

Die psychiatrische Version der für typisch gehaltenen Persönlichkeitszüge von Epileptikern wurde von H.Ganner in einer vergleichbaren Negativliste zusammengefaßt:

> "Umständlichkeit, Verlangsamung, ..., Haften, Kleben, ..., Pedanterie, Selbstgerechtigkeit, Kleinlichkeit, Eigensinn, gravitätische Höflichkeit, süßliche Feierlichkeit, Kränkbarkeit, Rechthaberei, Trotz, Nachträgerischwerden, Rachsucht, Aggressivität, Widersetzlichkeit, Streitsucht, Herrsch- und Geltungssucht."[9]

Dieses Sammelsurium unverbundener Einzelbestandteile offenbart unmittelbar seine Klärungsbedürftigkeit. Nach der Unterbrechung durch den Zweiten Weltkrieg befaßte sich eine Fülle von Publikationen[10] mit der 'epileptischen Wesensänderung'; dadurch wurde sie aus einer Vielzahl von psychopathologischen Phänomenen[11] herausgehoben, die mit Epilepsie in Verbindung gebracht wurden; gleichwohl gilt ihre sichere Unterscheidung als definitionsgemäß irreversibles

Phänomen von reversiblen Erscheinungen nach heutigen Gesichtspunkten als problematisch.[12]

Das Themenspektrum dieser mannigfaltigen Beiträge war in der Regel um die Fragen zentriert: Worin besteht die 'epileptische Wesensänderung'? Welche Gültigkeit ist ihr einzuräumen? Gibt es Zusammenhänge zu einzelnen Formen von Epilepsie, besonders der sog. Temporallappen-Epilepsie? Die Mehrzahl der Autoren ging dabei von der nicht weiter für begründungsbedürftig gehaltenen Überzeugung aus, daß die 'epileptische Wesensänderung' keiner systematischen Überprüfung zu unterziehen sei, was ihre Faktizität und begriffliche Fassung anbetreffe. Erst seit Ende der sechziger Jahre häuften sich die Stimmen, die der 'epileptischen Wesensänderung' kritischer gegenübertraten. Sie verknüpften ihre phänomenologische Existenz z.T. mit bestimmten historischen Bedingungen und befreiten dieses Konzept damit von dem Anspruch, für Epilepsie schlechthin gültig zu sein; oder sie bestritten dessen Stimmigkeit grundsätzlich, wie kürzlich G.Hebenstreit. Einige andere Autoren, vor allem H.Remschmidt oder auch U.H.Peters, waren darum bemüht, auf der Grundlage eigener empirischer Untersuchungen zu fundierteren Ergebnissen zu gelangen. Unbeschadet weiterhin bestehender, anderslautender Auffassungen, geht die Entwicklung des letzten Jahrzehnts in die Richtung, die 'epileptische Wesensänderung' in den sog. chronischen Psychosyndromen im Rahmen von Epilepsie aufgehen zu lassen. Im Hinblick auf die ätiologische Problematik wird numehr eine Mehrfaktorentheorie diskutiert, die unter dem Einfluß anglo-amerikanischer und einiger deutschsprachiger, z.T. psychoanalytisch orientierter, Autoren auch Determinanten aus dem sozialen Umfeld sowie lebensgeschichtliche Faktoren berücksichtigt.[13]

Faßt man die zahlreichen Publikationen seit Beginn der fünfziger Jahre gedanklich zusammen, so stim-

men sie trotz aller Unterschiede in einem wesentlichen Punkt überein. Sie behandeln das Konzept der epileptischen Wesensänderung so, als ließe sich dieser Gegenstand wissenschaftlicher Erkenntnis ohne weiteres von den formalen und institutionellen Bedingungen ihres Zustandekommens sowie deren theoriebestimmenden Konsequenzen abtrennen und für sich betrachten. Bislang ist kaum ein nennenswerter Versuch zu verzeichnen, der die diesbezügliche Theoriebildung nicht einfach linear auf ihren Objektbereich beziehen und die näheren Umstände ihrer Entstehung und Entwicklung außer Acht lassen würde. Daß einem derartigen Verfahren die Gefahr von Verzerrungen und Fehldeutungen innewohnt, ergibt sich von selbst; in unserem Bereich ist etwa an die Möglichkeit unbemerkter wissenschaftlich-institutioneller Induktion bestimmter Objektkonstellationen zu denken, die in dieser Form dann für die ursprünglichen Objektverhältnisse selbst gehalten worden sein könnten.

Geht man in der deutschen Theoriebildungsgeschichte weiter zurück, etwa bis ins letzte Viertel des 19. Jahrhunderts, so trifft man auf eine "Tradition der Beschreibung und der Verweise" (U.H.Peters). Das wissenschaftliche Konstrukt 'epileptische Wesensänderung'[1] scheint sich, einmal formuliert und auf diesen Begriff gebracht, unschwer einen angestammten Platz erworben zu haben im Kreis der Themen, die üblicherweise im Zusammenhang mit Epilepsie behandelt wurden. Doch fragt man sich, welche Faktoren im Verlauf der psychiatrischen Theoriegeschichte die Herausbildung dieses Konzepts begünstigt haben, begibt man sich auf nahezu unbekanntes Terrain. Vernachlässigt wurden die personellen, medizinisch-institutionellen und sozialstrukturellen Voraussetzungen, und -auf ungleich niedrigerem Komplexitätsniveau- selbst die kognitiven Entwicklungsstationen des Konzepts.

Angesichts dieser Ausgangssituation, in der epileptologische Theoriebildungsgeschichte stellvertretend für die allgemein-psychiatrische als eines "der noch kaum erschlossenen Dickichte des 19. Jahrhunderts"[15] zu betrachten ist, mußte es jedoch von vornherein unrealistisch erscheinen, einen derart umfassenden Forschungsansatz ins Auge zu fassen, wie er oben angedeutet wurde.[16]

Aus diesen Gründen war es unvermeidlich, sich zunächst auf äußerliche Deskription und immanente Zergliederung zu konzentrieren. Diese Form der Theorierekonstruktion im engeren Sinn[17] versucht der kognitiven Logik der Theoriebewegung zu folgen und diese auf den strukturellen Eigenbezug wissenschaftlichen Handelns zu beziehen. Dabei stößt man auf Disproportionalitäten und Inkongruenzen, auf gewissermaßen gegenstandsferne Impulse, die im Rahmen eines nüchternen Forscher/Gegenstandsbereich-Verhältnisses nicht hinreichend zu begreifen sind. Doch wird es sich auch dann weniger um die Entschlüsselung von Bewegungen der "Wanderdüne" Theorieentwicklung handeln können, als um eine Skizzierung von weitergehenden Forschungsperspektiven. Es ist darauf hinzuweisen, daß Fragen der individuellen Pathogenese, wie z.B. die Rolle der iktogenen Hirnschädigung oder möglicher medikamentös induzierter Persönlichkeitsveränderungen im Rahmen der antiepileptischen Therapie hier nicht gesondert diskutiert werden.

Der Zeitraum, den diese Untersuchung erfaßt, wurde auf die Entstehungsperiode der 'epileptischen Wesensänderung' im weiteren Sinn begrenzt; bezieht man ihre Vorläufer mit ein, so umfaßt sie etwa die Zeitspanne von 1800 bis 1950. Ihr Beginn fällt zusammen mit den Anfängen einer allmählichen Herausbildung der wissenschaftlichen Psychiatrie; die Studie schließt mit dem vollzogenen Übergang vom 'epileptischen Charakter' zur 'epileptischen Wesensänderung'

bzw. mit dem sich abzeichnenden Verlust der wissenschaftlichen Dominanz letzterer.

Es wird deutlich werden, daß eine befriedigende Epilepsie-Theoriegeschichte sich nur in Zusammenhang mit einer ausgearbeiteten Psychiatrie-Geschichte (als Theorie- und Institutionen-Geschichte[18]) entfalten läßt, die auch die Wechselwirkungen mit angrenzenden medizinischen Handlungsbereichen berücksichtigt, in unserem Zusammenhang besonders mit der forensischen Psychiatrie, aber auch der entstehenden Psychoanalyse. Da dies ebenso umgekehrt in dem Sinn gilt, daß eine befriedigende Psychiatrie-Geschichtsschreibung die detaillierte Untersuchung ihrer aussprossenden Teilbereiche voraussetzt, ist unsere Studie auch als Beitrag gedacht zu den Vorarbeiten für eine noch ausstehende, der Komplexität der realen Entwicklung gerecht werdende Psychiatrie-Geschichte.

Nach dem nun folgenden Überblick möchte der zweite Abschnitt eine zusammenfassende Antwort auf die Frage geben, wie die Entstehung der 'epileptischen Wesensänderung' heute gesehen wird. Der dritte und vierte Teil haben den theoretischen Kontext der Entstehungsphase vom Ende des 18. Jahrhunderts bis etwa 1800 zum Gegenstand, sowie die Formulierung, den Aufstieg zur Lehrmeinung und die Verbreitung des Konstrukts. Mit Hilfe eines Bedeutungsprofils und daraus zu erschließender quantitativer und qualitativer Entwicklungslinien sowie einer Problemskizze der 'Erkenntnislogik des epileptischen Charakters' behandelt der fünfte Teil Aspekte seiner inhaltlichen Feinstruktur. Der sechste Abschnitt beinhaltet schließlich den begrifflichen und konzeptionellen Übergang vom 'epileptischen Charakter' zur 'epileptischen Wesensänderung' in der Zeit zwischen den Weltkriegen. Als krasses Beispiel der politischen Verwertung psychiatrischer Theorien wird hier beson-

ders auf die Rolle des 'epileptischen Charakters' in der nationalsozialistischen Rassenpolitik eingegangen. Im siebenten Abschnitt werden psychiatriegeschichtliche Bezugspunkte und weitergehende Forschungsperspektiven erörtert; der abschließende Teil vermittelt einen Ausblick auf den Bedeutungsverlust der 'epileptischen Wesensänderung' und geht der Frage nach, welches Konzept ihr entgegengesetzt wurde.

2 DIE GEGENWÄRTIGE SICHT DER ENTSTEHUNGSGESCHICHTE

Für die wissenschaftstheoretische und -historische Dimension der 'epileptischen Wesensänderung' scheinen in der bisherigen deutschen Epilepsie-Forschung kaum Interesse, begrifflich-methodische Ansatzpunkte und Strategien vorhanden gewesen zu sein. Die Häufigkeit der jedoch letztlich über Wiederholung selten hinausgehenden Thematisierung steht dazu im umgekehrten Verhältnis. Die Überlegungen verkürzten sich immer wieder darauf, daß und in welcher Ausprägung sie nachzuweisen sei. Wissenschaftshistorisch-selbstreflexive Fragen wurden weitgehend ausgespart, nämlich ob und in welcher Weise ihr Gehalt von ihrem Entstehungsmodus geprägt sein könnte, ob letzterer den Kriterien für 'Wissenschaftlichkeit' entsprach usw. Dies hätte jedoch die Existenz einer psychiatrisch-medizinischen Wissenschaftstheorie vorausgesetzt; zu einer Zeit freilich, in der die Psychiatrie als medizinische Disziplin mit der Absicherung ihres institutionellen Geltungsbereichs befaßt war, wie später deutlich zu machen sein wird.

Diesen Mangel an historischer Dimensionierung nicht zu vollständiger Ausblendung werden zu lassen, ist das Verdienst von einigen anglo-amerikanischen Autoren und einer Handvoll deutscher Psychiater bzw. Epileptologen. Dabei handelt es sich bei beiden Gruppen gleichwohl um mehr oder minder unausgearbeitete Bemerkungen, die nicht als wissenschaftshistorisch-systematische Beiträge zur Debatte um die 'epileptische Wesensänderung' anzusehen sind.

Aus der Gruppe der angelsächsischen Autoren heben W.G.Lennox[1], O.Temkin[2] und D.A.Pond[3] überein-

stimmend die Rolle der Asylierung und der Bromtherapie Epilepsiekranker bei der Entstehung der 'epileptischen Wesensänderung' bzw. des 'epileptischen Charakters' hervor.

> "Old-time observers dealt primarily with intramural patients whose seizures and mental defects were the out-growth of some brain defect. ... Of necessity, also, observers dealt with patients that received little or no help from medicine or mental hygiene. In fact, for a period of fifty-five years saturation of patients with bromides doubtless was responsible for sluggish minds if not for peculiarities of personality. In addition, the practice of institutionalization as the treatment of choice in itself contribute to constricted and perseverating minds and actions." (W.G.Lennox)[4]

Guerrant und seine Mitarbeiter heben in ihrer Kritik der 'epileptischen Wesensänderung' die unzulänglichen empirischen und erkenntnistheoretischen Verfahren an, die zu ihrer Entstehung geführt hätten. Sie resümieren einen Überblick über die Theorieentwicklung:

> "It is notable that the foregoing historical review did not allude to definitive studies at all but only to opinions. ... In fact, we have not been able to find a single paper which deals with more than a fragment of this subject and meets the most rudimentary standards of experimental design and reporting.
> ...
> Well over 100 years ago Esquirol surveyed the epileptics in the Salpetriere and reported on the proportions he considered normal and abnormal mentally. But the many studies since then have scarcely gone beyond Esquirol's in the selection of subjects, the control of non-experimental variables, and in efforts to restrict the effect of bias. As mentioned, we believe the resulting lack of sound information allowed opinion to be influenced by forces not specifically related to the problem."[5]

Die einschlägigen Äußerungen deutscher Autoren nach 1945 fallen in der Hauptsache in die siebziger Jahre. An die angelsächsischen Autoren anknüpfend, führen sie insbesondere die Asylierung und die damit verbundene negative Auslese der Patienten an, auf die

sich die Äußerungen der frühen Psychiater bezogen hätten.[6] Die Rolle der Bromtherapie wird kontrovers eingeschätzt. Während A.Matthes[7] sich in seiner Kritik auf sie stützt, hält U.H.Peters ihm entgegen, daß die 'epileptische Wesensänderung' historisch schon vor der Einführung der Bromtherapie beschrieben worden sei, "...so daß man zumindest weiß, daß es sie auch ohne jede Therapie gibt."[8]

Im Vergleich mit den angelsächsischen Autoren fällt auf, daß die deutschen Beiträge unschärfer und neutraler gehalten sind, eigentümlich befangen wirken, vielleicht angesichts des Respekt heischenden Theorieerbes. Streng genommen können sie nur als wissenschaftshistorische Bruchstücke gelten, als Ausdruck einer Geringschätzung von historischer Reflexion, ohne die wissenschaftliche Selbstüberprüfung nicht auskommt. Die Vernachlässigung der geschichtlichen Dimension bleibt freilich nicht ohne Einfluß auf ihren hier zu entfaltenden Bezugspunkt, nämlich die inhaltliche Entwicklung der Theoriegeschichte selbst. Die Ahistorizität markiert als imaginäre Negativ-Kontur gleichsam einen 'blinden Fleck', einen wissenschaftstheoretisch und -praktisch vermittelten Gesichtsfeldausfall, der sich erkenntnislogisch fortpflanzt; und, bezogen auf unser Thema, begünstigt sie eine im Grundsatz unveränderte Übernahme und apologetische Weitergabe der 'epileptischen Wesensänderung' über weite Strecken ihrer Geschichte. Diese Unentwegtheit allerdings nur den institutionellen Bedingungen wissenschaftlichen Erkennens zuzuschreiben, hieße, außer Acht zu lassen, daß das Ensemble der individuellen und anstaltlichen Gegebenheiten möglicherweise genauso notorisch diejenigen Verhaltensformen hervorbrachte, die ihrerseits dann unter der Formel der 'epileptischen Wesensänderung' zusammengefaßt wurden.

3 ZUM THEORETISCHEN KONTEXT DER ENTSTEHUNGSPHASE

3.1 Zum Stand der Theoriebildung am Ende des 18. Jahrhunderts

In den Anfängen der Irrenheilkunde des 18. und 19. Jahrhunderts besannen sich die Autoren wieder auf die lange Zeit in Vergessenheit geratenen Klassiker der griechischen und römischen Heilkunde, von denen eine ganze Reihe einschlägiger Äußerungen überliefert sind. Ob sie allerdings in dieser Fülle den Autoren des 18. Jahrhunderts bekannt gewesen waren, bleibt dahingestellt. Zumindest von Aretaeus, der sich am ausführlichsten und präzisesten mit der Psychopathologie von Epileptikern befaßt hatte, ist dies durch einen Verweis von S.A.Tissot belegt.

O.Temkin, der bekanntlich die bedeutendste Geschichte der Epilepsie verfaßt hat, zitiert wie W.G.Lennox und J.Guerrant et al. den eben genannten Aretaeus aus dem 2. Jahrhundert n. Chr.

> "And if the disease became chronic, the whole personality would be affected. They became 'languid, spiritless, stupid, inhuman, unsociable, at any period of life; ... slow to learn, from torpidity of the understanding and of the senses; ...'"[1]

Darüberhinaus erwähnte Aretaeus nach F.Falk im Zusammenhang mit chronischer Epilepsie 'Tobsucht', 'traurige Gemütsstimmung' und 'Blödsinn'[2], W.Creutz zufolge schließlich "das stumpfe und menschenscheue Wesen und endlich die Erscheinung, daß die Kranken auch mit fortschreitendem Alter nicht sanfter werden und unter Umständen schließlich der Verblödung anheimfallen."[3] W.Creutz verwies außerdem auf Soranos, der etwa zur selben Zeit wie Aretaeus gelebt hatte:

> "Soranos spricht von der 'iracundia', der Reizbarkeit, der 'segnities cum pigro motu', der Langsam-

keit mit schwerfälliger Bewegungsart, und der 'maestitudo', der Neigung zu Verstimmungen ..,"[4]

F.Falk nannte als weitere Autoren, die sich in ähnlicher Weise geäußert hätten, Hippokrates, Aristoteles und Caelius Aurelianus, Th.Lemperière[5] darüberhinaus Galen.

An diese Blütezeit der frühen Neurologie und Psychiatrie knüpfte erst wieder die Irrenheilkunde des 18. Jahrhunderts an. O.Temkin zufolge waren es E.Tyson, R.Mead und J.E.Greding, die einen Zusammenhang zwischen Epilepsie und Tobsucht herstellten.[6] Neben den gleichfalls bedeutsamen A.K.Boerhaave, G.van Swieten und F. Boissier de Sauvages ist insbesondere auf Simon André Tissot (1728-94) hinzuweisen. Seine 'Abhandlung über die Nerven und deren Krankheiten' war im Original zuerst 1770 erschienen, 1771, 1783 und 1784 dann in verschiedenen Übersetzungen auf deutsch herausgekommen. Unter Verweisen auf ältere Autoren (Aretaeus, Boerhaave, La Motte, Fabius Columna, Baader, van Swieten) und dem Rückgriff auf eigene Erfahrungen und Beobachtungen behandelte Tissot im 15. Artikel die 'Wirkungen der fallenden Sucht':

"Man kann dieselben in moralische und in physische abtheilen; die ersten sind die Veränderungen, welche sich in den Geisteskräften äußern, so wie das Werkzeug derselben mehr oder weniger leidet; die andern zeigen sich in verschiedenen Theilen des Körpers.
Die moralischen Wirkungen sind gewöhnlich eine allgemeine Schwächung der Geisteskräfte; das Feuer der Einbildungskraft leidet zuerst, das Gedächtnis nimmt ab, die Begriffe bilden sich langsamer, endlich wird selbst der Verstand schwach, und man sieht nicht selten Fallsüchtige, welche nach und nach beinahe ganz blödsinnig werden, wann die Anfälle stark und häufig sind."[7]

Und an anderer Stelle sprach er noch einmal von diesen

"moralischen Zerrüttungen ... Da die Bereitung und Vertheilung der Lebensgeister nicht so gut von statten geht, so gerathen ihre Verrichtungen nach und nach in eine Art von Trägheit, und Fallsüchtige

> sind alsdann dem Schwindel unterworfen.
> ...
> Sie haben weniger Thätigkeit, weniger Stärke. Da ihre Lebensgeister zu viel Beweglichkeit erhalten haben, so sind diese Kranken allen Gemüthsbewegungen unterworfen, zum Zorn leicht zu reizen, und es ist schwer mit ihnen umzugehen."[8]

Aus der deutschen Ausgabe von 1784 verdient eine Anmerkung des Übersetzers J.C.G.Ackermann unsere Aufmerksamkeit, da hier zum ersten Mal von einer Veränderung des Charakters die Rede war, wenn auch nicht im theorieleitenden Sinn, sondern im Rahmen eines kasuistischen Hinweises. Ackermann kommentierte damit eine Äußerung Tissots, in der sich dieser bei früh einsetzender und lang dauernder Epilepsie gegen die Hoffnung wandte, "daß sich diese Krankheit im siebten oder vierzehnten Jahr verlieren werde, (sie) macht, daß man, ohne etwas zu thun, auf diesen Zeitpunkt wartet, und wenn man endlich ja noch Hülfe haben will, so ist es allgemein zu spät."[9] Ackermanns Anmerkung dazu lautet:

> "Diese Vorhersagung, und überhaupt das, was der Verfasser von der Hartnäckigkeit der fallenden Sucht sagt, die von der Kindheit an lang gedauert hat, ist vielleicht etwas zu allgemein. Ich kenne einen Mann von vierzig Jahren, der in einem Alter von drey Jahren, nach einem Schreck von der fallenden Sucht befallen wurde, die bis in sein zwanzigstes Jahr häufig wiederkam, und nachher, nach und nach, so wieder von freyen Stücken nachließ, daß er nun seit sechs Jahren keinen Anfall mehr gehabt hat. Doch hat die Krankheit die Folge gehabt, daß sein Charakter beträchtlich nach und nach von seinem vorigen abweicht, daß seine Seelenkräfte in etwas gelitten haben, und daß seine Gesichtszüge einigermaßen entstellt sind."[10]

In ganz ähnlicher Weise wie S.A.Tissot äußerte sich der namentlich nicht genannte Übersetzer von den 'Anfangsgründen der praktischen Arzneykunst' von William Cullen (1710-90) aus dem Jahr 1789. In einem seiner Zusätze zum Originaltext heißt es: "Sind die Anfälle der fallenden Sucht oft wiederholt worden, so verlieren die Kranken endlich das Gedächtnis, und

werden ganz blödsinnig."[11]

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts, also an der Schwelle zur klinischen Epoche der damaligen Irrenheilkunde, befand sich die Erfassung von psychopathologischen Erscheinungsformen epileptischer Erkrankungen noch annähernd auf der Stufe der antiken Medizin. Als mögliche Folgezustände von Epilepsien wurden vor allem bei häufigen und schweren Anfällen 'Blödsinn' in verschiedenen Abstufungen, 'Reizbarkeit' und 'Tobsucht/Manie' hervorgehoben und vom Anfallsgeschehen selbst abgegrenzt.

Der erkenntnistheoretische Status dieser Aussagen läßt sich als Verallgemeinerung von nebeneinander gestellten, nicht systematisierten Beobachtungen und Erfahrungen beschreiben. Dabei gelingt nur in Ausnahmefällen die Unterscheidung, ob es sich um die Wiedergabe überlieferter Anschauungen handelte, um bloße Spekulation oder um kasuistische Empirie im Rahmen der eigenen ärztlichen Tätigkeit. Eine Gliederung in einzelne psychopathologische Erscheinungsformen als mögliche Bestandteile eines abgegrenzten Krankheitsbildes wurde, wie es dem allgemeinen Stand der irrenheilkundlichen Theoriebildung entsprach, nicht versucht. So blieb auch unklar, in welcher Weise Epilepsie als mit Geistesstörungen vergesellschaftet angesehen wurden. Zu vermuten ist jedoch, daß die beobachtete zeitliche Koinzidenz bzw. Aufeinanderfolge von Anfallsgeschehen und als Geistesstörung aufgefaßtem Verhalten unmittelbar als Kausal-Zusammenhang verstanden wurde.

3.2 Gerichtsmedizinische Beiträge

Die gerichtliche Medizin hatte seit Ende des 17. Jahrderts universitär-wissenschaftlich einen steilen Aufstieg erfahren, der am Ausgang des 18. Jahrhunderts einen frühen Höhepunkt fand, indem sie sich zu dieser

Zeit als akademisches Lehrfach weitgehend etabliert und eine ganze Reihe von Fachpublikationen hervorgebracht hatte.[12]

Damit wurde auf universitärer Ebene eine Entwicklung nachvollzogen, die in den deutschen Städten und Ländern schon einige Jahrhunderte früher eingesetzt hatte und die kriminal- und medizinalpolitischen Erfordernisse der fortschreitenden Ausdifferenzierung gesellschaftlicher Institutionen im Rahmen der aufstrebenden bürgerlichen Gesellschaftsformation erfüllen sollte. Auch in der Praxis der Rechtsprechung bestand schon seit Jahrhunderten eine Tradition ärztlicher Gutachter- und Sachverständigentätigkeit, die in der Neuzeit bis ins 11. Jahrhundert zurückreicht[13] und die allgemeine Entwicklung der medizinischen Kenntnisse nachhaltig beeinflußt hat.[14]

Was bei Vergiftungen, Verletzungen, unklaren Schwangerschaftsverläufen, zweifelhaften Todesursachen etc. im Lauf der Jahrhunderte immer mehr an Boden gewonnen hatte, nämlich die Beiziehung ärztlicher Sachverständiger und der damit gesetzte funktionelle Bezug der gerichtlichen Medizin auf staatliche Belange, war auf dem Gebiet der forensischen Psychiatrie bis ins 19. Jahrhundert hinein umstritten. Dies zeigen z.B. die Ansprüche Immanuel Kants, der das Gebiet der forensischen Psychologie bzw. Psychiatrie der philosophischen Fakultät zugesprochen wissen wollte und damit eine unerbittliche berufspolitische Auseinandersetzung auslöste.[15] Auch in ihrer Theoriebildung befaßte sich die forensische Psychiatrie an der Schwelle zum 19. Jahrhundert nur am Rande mit abnormen psychischen Phänomenen. Diese Vernachlässigung stand in schroffem Gegensatz zu deren realer Bedeutung in den verschiedensten Rechtsbereichen, wie J.C.A.Heinroth 1825 anschaulich beklagte[16], um im gleichen Atemzug die Vielseitigkeit und Unentbehrlichkeit der 'psychisch-gerichtlichen Medizin' für die staatlichen

Zwecke zu unterstreichen.

Die Vernachlässigung psychiatrischer Fragen betraf in der damaligen Zeit auch Delikte mit fraglicher psychopathologischer Komponente im Zusammenhang mit Epilepsie. Erst als die gerichtliche Medizin ihre gutachterliche Kompetenz auch in dieser Hinsicht unter Beweis stellen wollte und die rechtspolitische Frage an Bedeutung gewann, ob und unter welchen Umständen Straftaten von Epilepsiekranken mit ihrem Anfallsleiden entschuldigt und von der Strafverfolgung ausgenommen werden sollten, wandten sich irrenheilkundlich orientierte Gerichtsmediziner der genaueren Untersuchung der Psychopathologie von epileptischen Straftätern zu. Dabei wurde häufig auf die Gefährlichkeit von Epileptikern hingewiesen[17] und ein Denkmuster begründet, das schließlich gegen Ende des 19. Jahrhunderts in den Verstiegenheiten C.Lombrosos gipfelte, der die Deckungsgleichheit von Epilepsie und 'angeborener Delinquenz' behauptete.[18]

Für die gerichtsmedizinische Perspektive ist kennzeichnend, daß sich ihr Interesse nur insoweit auf Epilepsie richtete, als diese mit fraglichen Straftaten verbunden zu sein schien. Die dafür maßgeblichen Grundüberlegungen wurden 1820 von dem Gerichtsmediziner Adolph Henke umrissen:

> "Es verdient Beachtung, daß Handlungen, welche aus Affecten und Leidenschaften entsprungen, die andern Fällen der Entschuldigung der psychischen Krankheit entbehren, bei Fallsüchtigen allerdings die Wirkung eines krankhaften Zustandes seyn können, der aus heftiger Gemüthsbewegung und Irreseyn zusammengesetzt ist. Denn, wenn von dem Gesunden und Erwachsenen, nach den Grundsätzen der gerichtlichen Medizin und der philosophischen Strafrechtslehre, mit Recht gefordert wird, daß die Vernunft Affecte und Leidenschaften beherrsche, so kann eine gleiche Forderung doch nicht an den Epileptischen gestellt werden, bei dem der im Innern des Gehirns und Nervensystems vorwaltende Krankheitsprozeß die psychische Tätigkeit stört, hemmt oder unterbricht."[19]

Zu den ältesten Gutachten über den Geisteszustand von Epileptikern zählen das von C.G.Tropanegger aus dem Jahr 1725 "über den zweifelhaften psychischen Zustand eines sechzehnjährigen, mit der Fallsucht behafteten Knaben, der zwei Mal Feuer gelegt hatte"[20], und das von J.T.Pyl aus dem Jahr 1792 "über den Gemüthszustand eines sehr boshaften Mordbrenners"[21], der seit seiner Kindheit an Krampfanfällen gelitten hatte.

Im Unterschied zu diesen rein kasuistischen Äußerungen behandelte Ernst Platner (1744-1818) in einer 1798 erschienenen Schrift die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit gewalttätiger Handlungen bei Epileptikern in allgemeiner Weise.[22] Platner hatte seit 1780 eine ordentliche Professur für Physiologie in Leipzig inne und avancierte 1790 zum Ersten Ordentlichen Professor in der medizinischen Fakultät, womit die ständige Leitung des Dekanats verbunden war. In dieser Position war er federführend bei der Erstellung von gerichtsärztlichen Gutachten, die zu der damaligen Zeit als gemeinschaftliche Fakultätsgutachten abgegeben wurden.[23]

In seiner nur wenige Seiten umfassenden Schrift vertrat Platner die Ansicht, daß die Zubilligung von Unzurechnungsfähigkeit für epileptische Straftäter nicht die Ausnahme, sondern die Regel darstellen müsse, wie der Titel programmatisch ausdrückt: "Gewalttätigen Handlungen Epileptischer kommt, wenn selbige auch in der Absicht Böses zu tun und sich zu rächen, unternommen wurden, die Entschuldigung durch Geistes-Unfreiheit zu statten."[24] Diese Auffassung Platners ist zunächst als humanitäre Schutzhaltung[25] zu verstehen, die epileptische Straftäter vor Verfolgung und Bestrafung bewahren sollte. Aus ihr ergab sich jedoch auch die Schlußfolgerung, 'Bosheit', 'Rachsucht' und 'Schlechtigkeit des Gemüths', die als Beweggründe für die gewalttätigen Handlungen von Anfallskranken vermutet wurden, in einen notwendigen

inneren Zusammenhang zu ihrer Anfallskrankheit zu bringen. Denn wie sonst sollten ihre Handlungen grundsätzlich dem Geltungsbereich des Strafgesetzes entzogen werden, wenn 'Bosheit' und 'Rachsucht' nicht als unmittelbarer Ausdruck der Krankheit aufgefaßt wurden? In Platners Schrift heißt es weiter:

> "In der Epilepsie aber liegt eine offenbare Veranlassung zu Dummheit, wie zu Zornmüthigkeit, durch welcher beider Verbindung jene boshafte Schadenlust am meisten bewirkt wird; denn die ganze Unbesinnlichkeit und Tobsucht bei dieser Krankheit löst sich in Dummheit und Zornmüthigkeit auf ... Diese Verstandesfehler nun sind beide, als solche, die auf einer augenscheinlichen Krankheit beruhen, frei von Zurechnung, und ein Epileptischer wird eben so wenig wegen Dummheit oder wegen Zornmüthigkeit getadelt werden, als jeder andere einer Lähmung oder eines Fiebers wegen. Deshalb wundre man sich nicht, daß Epileptiker, besonders wenn sie etwas hart behandelt werden, zu jeder Art von Bosheit geneigt und aufgelegt sind, und die schwärzesten Verbrechen, Brandstiftung, Mord, Giftmischerei, sowohl listig vorbereiten, als geschickt ausführen. Denn der Stumpfsinn, von dem sie durch die stete Erschütterung des Gehirns und der Nerven in hohem Grade eingenommen werden, schwächt ihr Gemüth für die sanftern Empfindungen des Wohlwollens, der Eintracht, Billigkeit und Menschenliebe, untergräbt und vertilgt jeden Gedanken an Pflicht und Tugend in ihrer Brust. Die Zornmüthigkeit aber, bald durch die Reizungen scharfer Säfte und fremdartiger Körper, bald von den Furien des Neides, des Stolzes und anderer Leidenschaften erregt, entflammt zu Unmenschlichkeit und Grausamkeit, flößt Pläne zu Schaden und Rache ein, schärft und waffnet die Sprache zu Zank und Schimpfen, und die Hände und andern Werkzeuge des Handelns zu Kraftäußerungen und Gewaltthaten."[26]

Platner verzichtete auch ausdrücklich auf einen zeitlichen Zusammenhang des Anfallsgeschehens zur Tat, den Paolo Zacchia (1584-1659), der als Begründer der forensischen Psychiatrie gilt, zur Exkulpation für notwendig gehalten hatte,[27] und riet den Richtern, sich

> "gar sehr in Acht zu nehmen, daß sie wegen Vorsatz und Trieb zu schaden und sich zu rächen einen Inquisiten noch nicht der Entschuldigung durch Wahnsinn unfähig erachten; oder, wenn die Entschuldigung durch Epilepsie vom Vertheidiger angeführt

> wird, von einigem Einflusse vermeinen, daß zu der Zeit, wo der Frevel entweder ausgedacht oder vollzogen wurde, keine Spur von Epilepsie, geschweige denn von Wahnsinn sich finden lasse. Denn ... der Wahnsinn der Fallsüchtigen ist gemeiniglich ein versteckter, und wird nicht gerade zu der Zeit, wo seine Kraft und Wirksamkeit auf die Seele sich äußert, durch Ungereimtheit im Reden und Handeln bezeichnet. Hierbei sind demnach die Untersuchungen durch Fragen und Unterredungen von keinem Nutzen."[28]

Es ist offenkundig, daß die Schutzhaltung Platners gegenüber epileptischen Straftätern Konsequenzen beinhaltete, die sie in ihr Gegenteil verkehren konnten. Ohne daß er es streng genommen so formuliert hätte, ist Platner vielfach so verstanden worden, daß Epilepsie ganz allgemein zu Bosheit und Rachsucht führe. Dadurch verschob sich unmerklich die Perspektive von gewalttätigen Handlungen einzelner Epileptiker auf die Anfallskranken schlechthin zugeschriebene Bösartigkeit bzw. Niedertracht. Platner selbst war an dieser Deutung freilich nicht schuldlos. Wenn schließlich das bloße Auftreten von epileptischen Anfällen die Zurechnungsfähigkeit aufheben oder ernsthaft in Zweifel ziehen lassen sollte, bestand die notwendige Folge im Rahmen des bürgerlichen Rechtskonzepts für das Zivilrecht in Entmündigung und für das Strafrecht in präventiver Zwangsverwahrung, wie J.C.A.Clarus im Jahr 1828 der Platnerschen Auffassung entgegenhielt.[29] Dem hätten jedoch gerade im zeitgeschichtlichen und politischen Umfeld der Französischen Revolution fundamentale bürgerliche Rechtsnormen widersprochen. In sarkastischer Folgerichtigkeit fragte J.C.A.Clarus, Königl. Sächsischer Hof- und Medizinalrath, die Anhänger Platners, "ob es nicht das Beste und Kürzeste seyn würde, gerade durch ein Gesetz alle Fallsüchtige für unzurechnungsfähig zu erklären, zumal da, nach Platners Meinung, Untersuchungen derselben ganz nutzlos sind."[30]

Platner hatte in heute naiv erscheinender Weise die sich durchsetzenden Grundlagen der bürgerlichen

Rechtsauffassung ignoriert, indem er das nur in wechselseitiger Bedingtheit existierende Verhältnis von Rechts- bzw. Pflichtfähigkeit und Mündigkeit bzw. Zurechnungsfähigkeit einseitig außer Kraft setzen wollte.[31]

Auch aus standespolitischen Gründen mußte die Position Platners auf schärfsten Widerstand stoßen, denn seine Ansicht, daß der Wahnsinn von Fallsüchtigen so versteckt sei, daß nicht einmal die ärztliche Untersuchung darüber Klarheit erwarten lasse, zog die Sachverständigkeit der gesamten gerichtlichen Psychiatrie ungewollt in Zweifel. Der gegen die philosophische und die juristische Seite zu führende Kampf um das Terrain vor Gericht[32] mußte dadurch einen Rückschlag aus den eigenen Reihen erleiden.

Besonders für Epileptiker selbst hätte jedoch der Preis von Platners General-Exkulpation den humanitären Wert ihrer Schutzfunktion übersteigen müssen, denn sie dämonisierte Anfallskranke und rückte sie in die Nähe von gemeingefährlichen Unmenschen:

> "Übrigens ist der Verrückte durchaus zu jeder Zeit für unfrei anzusehen; darum wird ein Epileptiker, hätte er auch an dem Tage und zu der Stunde, wo er z.B. Feuer anlegte, keinen Anfall von der Fallsucht gehabt, ja war er wohl gar lange Zeit frei von aller Anwandlung, und bei gutem Befinden, in den Augen der Ärzte darum noch nicht gesund erscheinen. Bei diesen steht die Epilepsie in dem großen Verdacht, daß sie bei Einem, der auch nur einmal vorlängst dieselbe erlitt, von da entweder eine Erschütterung und Schwächung des Gehirns, oder Verstörung und Abstumpfung der Vernunft nicht fern halten; denn es findet eine gewisse natürliche Verknüpfung und Verwandtschaft zwischen Fallsucht und Wahnsinn statt, welche dadurch, daß sie die Ursache gemein haben, bestätigt wird, und man kann bemerken, daß die meisten Epileptiker endlich entweder, wo der Krankheits-Reiz tiefer Wurzel schlug und nun heftiger entbrannte, in ofne Melancholie oder Raserei verfallen, oder bei abgestumpften äußern und innern Sinnen zu einer Vernunft-Unthätigkeit und Blödsinn herabkommen."[33]

In den darauffolgenden Jahrzehnten wurde in den gerichtsmedizinischen Texten immer wieder auf Platner Bezug genommen. Im Jahr 1820 war es der schon genannte A.Henke, der sich in seinen 'Abhandlungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Medizin' über die Zurechnungsfähigkeit und den Geisteszustand von epileptischen Straftätern äußerte. Henkes Position lehnte sich weitgehend an die Platnersche an. In seinen allgemeinen Bemerkungen über den psychischen Zustand der an Epilepsie Leidenden betonte er den

> "nachteiligen Einfluß ... Auch hier gibt ja die tagtägliche Erfahrung den Beweis.
> ...
> Übergang langwieriger und schwerer Fallsucht in Wahnsinn, und endlich in Blödsinn gehört leider zu den nicht seltenen Ausgängen dieser furchtbaren Krankheit, so wie es in keinem Irrenhause an Irren fehlen wird, die zugleich an Epilepsie leiden. Daß diese dann meistens zu den Unheilbaren gehören, weiß jeder erfahrene Arzt."[34]

In der Zusammenfassung seiner Überlegungen fügte er hinzu,

> "daß die Fallsucht ... erfahrungsgemäß nicht selten in die Formen des offenbaren Irreseyns (Wahnsinn, Manie) oder endlich bei großer Heftigkeit und langer Dauer in völlige Abstumpfung und Blödsinn übergeht ..."[35]

In der 1830 erschienenen zweiten Auflage seiner 'Abhandlungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Medizin' weitete er das Wirkungsspektrum beträchtlich aus, als er im Rahmen einer Auseinandersetzung mit den 'Beiträgen zur Erkenntnis und Beurtheilung zweifelhafter Seelenzustände' des oben genannten J.C.A.Clarus darauf hinwies, daß

> "die Erfahrung bestätigt ..., daß an habitueller Epilepsie Leidende zu Mißtrauen, Feindschaft, Groll, Rachsucht sehr geneigt sind, während ihr sittliches Gefühl abgestumpft ist, und daß sie, bei eintretender Verschlimmerung ihres innern Zustandes, auch von der dadurch bedingten Reizbarkeit und Zornmüthigkeit leichter ergriffen werden."[36]

Bis in die vierziger Jahre des vorigen Jahrhunderts wurden nun zahlreiche Gutachten und allgemein gehaltene Beiträge veröffentlicht. Zum geringeren Teil[37] entsprachen sie ungefähr den angeführten irrenheilkundlichen Anschauungen. Zu 'Blödsinn', 'Reizbarkeit' und 'Tobsucht/Manie', die schon zuvor als Aufschlüsselungen der unspezifischen Verrücktheit von Epileptikern galten, kamen 'Rachsucht' und 'Bosheit' hinzu. In der Dämonisierung von Anfallskranken bzw. anfallskranken Straftätern gingen sie jedoch nicht so weit wie Ernst Platner. Der überwiegende Anteil dieser Veröffentlichungen befand sich dagegen inhaltlich in der direkten Nachfolge von Platner, insbesondere was die Eigenschaften anbetraf, die Epileptikern zugeschrieben wurden.

In seinem 'Gerichtlich-medicinischen Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit eines Epileptischen, der ein eilfjähriges Mädchen erschlagen hat' aus dem Jahr 1826 äußerte sich der Kreisphysikus G.Jahn auch grundsätzlich zu den zu erwartenden psychopathologischen Folgen einer längerdauernden Epilepsie. Er nannte 'Blödsinn', 'bleibende Verrücktheit' sowie 'hohe Reizbarkeit', und führte dazu in einem Vorgriff auf den 'epileptischen Charakter' weiter aus:

> "Aus der Verbindung dieser Reizbarkeit und eines geringeren oder höheren Grades des Stumpfsinnes geht nicht selten eine solche Character-Umwandlung hervor, daß Menschen, welche früher gutmüthig waren, aber lange und sehr an diesem Übel litten, mit der Zeit etwas Menschenfeindliches, Tückisches erhalten ..."[38]

Von Heinrich Spitta, der an der Universität von Rostock Heilkunde unterrichtete, wurde ebenfalls im Jahr 1826 ein Fakultäts-Gutachten erstellt und 1828 als 'Beitrag zur Lehre von der Zurechnungsfähigkeit epileptischer Personen' veröffentlicht. Dabei stützte er sich auf die genannten Schriften von Platner und Henke. Sein Ergebnis legte dem Großherzogl. Criminal-

Collegium nahe, auf Strafunfähigkeit der angeklagten zweifachen Brandstifterin zu erkennen, da sie an einem Krampfleiden gelitten habe, das sich in den Tagen vor und nach den Brandstiftungen durch wiederholte Anfälle bemerkbar gemacht habe. In seinen Ausführungen wird deutlich, daß er sich vorwiegend an asylierten Epileptikern orientierte, als er Epilepsie und Geistesstörungen miteinander verknüpfte.

> "Und wirklich bedarf es nur eines Ganges durch irgend eine Irrenanstalt, um zu erkennen, wie häufig psychische Krankheiten, insbesondere Blödsinn und Melancholie, allmählich durch Epilepsie herbeigeführt wurden, oder sich wenigstens mit ihr verbanden ..."[39]

Zur Begründung der empfohlenen Exkulpation führte Spitta die im Geständnis als Motiv angegebene Rachsucht an, welche ihren Bezugspunkt allerdings in einer geringfügigen, fast anderthalb Jahre zurückliegenden Kränkung hatte. Weiter heißt es bei ihm:

> "Hier dürfen uns daher zur Erklärung des Schwerbegreiflichen die Erfahrungen älterer und neuerer Ärzte wichtig werden, welche es ausdrücklich lehren und bestätigen, daß Epileptische sich häufig durch hervorstechende Bosheit und Rachsucht des Gemüths auszeichnen, welche tiefe Affecte die Wirkung der andauernd das Organ des psychischen Lebens untergrabenden Krankheit zu seyn scheinen."[40]

In seinen 'Beiträgen zur Erkenntniß und Beurtheilung zweifelhafter Seelenzustände' aus dem Jahr 1828 setzte sich der schon mehrfach erwähnte J.C.A.Clarus kritisch mit den Exkulpationsbestrebungen von E.Platner und A.Henke auseinander und beschrieb in diesem Zusammenhang Epilepsiekranke als zumeist

> "untheilnehmend gegen andere, gleichgültig gegen allgemeines und höheres Interesse, mißtrauisch, halsstarrig in ihren Urteilen und Begehrungen, widerspenstig gegen die zu ihrem eigenen Besten nöthigen Verfügungen, leicht aufgebracht, und in diesem, mit dem Gefühl erhöheter Körperkraft verbundenen Zustande von einem wütenden Triebe, alle Schranken zu durchbrechen und jeden Widerstand zu vernichten ... Allein man wird mir auch zugeben, daß dieses Bild in seiner Vollendung von rohen, ungebildeten Menschen gemeinen Schlages hergenom-

> men ist, die man, weil ihre Krankheit sie zur Fortsetzung ihres Berufes unfähig macht, in Spitäler und Versorgungshäuser bringt.
> ...
> Endlich wird man auch nicht in Abrede stellen können, daß Erziehung, Bildung und milde Behandlung sehr viel über dergleichen Unglückliche vermögen, und daß es in allen Ständen nicht an Beispielen fehlt, welche beweisen, daß die Fallsucht keineswegs unbedingt zur Fortbildung des Geistes und Herzens, zu bürgerlichen Geschäften und zur Selbstbeherrschung unfähig macht."[41]

Im Unterschied zu seinen Vorgängern bezog sich Clarus damit ausdrücklich auf asylierte, im Gefolge ihrer Krankheit deklassierte Epileptiker, die unter diesen Umständen nicht der 'Erziehung, Bildung und milden Behandlung' teilhaftig werden konnten; als einer der ersten stellte Clarus die Bedeutung des Umgangs mit Epileptikern für den Verlauf ihres Leidens heraus. Zusammenfassend sprach er, den 'epileptischen Charakter' sinngemäß vorwegnehmend, von einer "krankhaft veränderten Gemüthsart"[42], bzw. von "durch die Krankheit veränderter Seelenthätigkeit oder Seelenstimmung."[43]

Mit zwei Arbeiten von Bernhard Brach ist nun die Freilegung der gerichtsmedizinischen Wurzel des 'epileptischen Charakters' abzuschließen. 1838 veröffentlichte Brach einen Artikel unter dem Titel: 'Über die insana malitia epilepticorum Platneri'. Mit dieser Formulierung - heute würden wir vielleicht vom Platner-Syndrom sprechen - wollte Brach offenbar die psychopathologischen Erscheinungsformen bei Epileptikern als spezifisches Krankheitsbild abgrenzen und mit einem einprägsamen Etikett versehen. Damit hätte die 'insana malitia epilepticorum Platneri' als direkter, sich nicht durchsetzender Vorläufer der Formel 'epileptischer Charakter' zu gelten. Brach griff in dieser Arbeit die von Platner ausgegangene Diskussion über die Zurechnungsfähigkeit von Epileptikern auf und schloß sich dessen Standpunkt in abgeschwäch-

ter Form an. Seine eigene Sichtweise stammte von Beobachtungen aus der Berliner Charité. Zur Psychopathologie von Epileptikern führte er aus:

> "In der That, wer die Gelegenheit gehabt hat, viele Epileptische in ihrem täglichen Wirken und Treiben zu beobachten, wer aufmerkte auf ihren Eigensinn, ihren Starrsinn, ihre Tücke, ihre Gefühllosigkeit gegen das Unglück ihrer Mitmenschen, ihren Neid, dann aber auch ihre Schwerfälligkeit und Einseitigkeit im Denken, und endlich auf ihre bei geringen Ursachen Heftigkeit und Leidenschaftlichkeit, wer dabei die eigenthümlich kranke und traurige Physiognomie dieser Unglücklichen, ihre sonderbare Scheu und Scham, ihren charakteristischen verkehrten Blick, der eine tiefe Störung des gesamten Nervensystems ahnen läßt, beobachtet; wer, sage ich - dies alles zum Öftern beobachtet hat, und dabei sieht, wie viele dieser Kranken zugleich offenbar geisteskrank sind und wie fast alle bei längerem Verlauf der Krankheit in Blödsinn verfallen; - Dem wird es schwer, an der Wahrheit der Platner'schen Ansicht und Behauptung zu zweifeln, wenn er dieselbe auch gerade nicht auf alle Fälle von Epilepsie ausgedehnt wissen will."[44]

Drei Jahre später äußerte sich Brach erneut zu diesem Thema und erweiterte die Debatte um die Standpunkte J.E.D.Esquirols[45] u.a. Hier unternahm er keinen weiteren Versuch, mit der 'insana malitia epilepticorum Platneri' eine neue Krankheitsbezeichnung einzuführen. Dafür rückte er den Charakter-Begriff stärker in den Vordergrund:

> "Bei den meisten Epileptischen zeigt sich auf die Dauer in ihrem Charakter eine eigne Art von Bosheit und Tücke, die auf der einen Seite von Stumpfsinn, von Gleichgültigkeit und Mangel an den edleren menschlichen Gefühlen, und auf der andern Seite von einer krankhaften Heftigkeit des Gemüths und Zornmüthigkeit zusammengesetzt ist. Dabei waltet meist auch eine eigenthümliche Scheu und Scham und unruhige Verlegenheit ob, die sich im Blick der Kranken verräth.
> ...
> Nicht nur der scharfsinnige Platner behauptet diese eigenthümliche Charakter-Veränderung bei Epileptischen, sondern auch der vielerfahrene Esquirol, und außerdem Neumann und viele andre achtbare Beobachter und Schriftsteller."[46]

Für die Betonung des Charakter-Begriffs scheint der Einfluß Esquirols maßgeblich gewesen zu sein, auf dessen Autorität er sich mit dem Zitat berief: "Alle haben etwas Besonderes in ihrem Charakter"[47]; an anderer Stelle umschrieb er den gemeinten Sachverhalt auch mit einer "Umänderung des Gemüths".[48]

Damit hatte der spätere Begriff des 'epileptischen Charakters' bei B.Brach wie bei G.Jahn und J.C.A.Clarus eine frühe Verwendung gefunden in Gestalt der Vorläufer 'Character-Umwandlung' (Jahn), 'veränderte Gemüthsart', 'veränderte Seelenthätigkeit oder Seelenstimmung' (Clarus), 'Charakter-Veränderung' und 'Umänderung des Gemüths' (Brach).

Die als Beschreibung der Eigenschaften und Verhaltensweisen von Epileptikern gemeinten Äußerungen brachten neben den schon geläufigen Kennzeichnungen 'Stumpfsinn' und Zornmüthigkeit' die spezifisch gerichtsmedizinische Perspektive der Autoren zum Ausdruck, wie folgende Aufzählung noch einmal zeigt:

> 'Bosheit'; 'Rachsucht'; 'Schlechtigkeit des Gemüths'; 'boshafte Begierde zu schaden'; 'Neigung und Hang zu jeder Art der Bosheit'; 'unmenschliche Grausamkeit'; 'jede Art von Gewaltthätigkeit'; 'Mißtrauen'; 'Feindschaft'; 'Groll'; 'Abstumpfung des sittlichen Gefühls'; 'etwas Menschenfeindliches, Tückisches'; 'untheilnehmend gegen andere, gleichgültig gegen allgemeines und höheres Interesse, halsstarrig in ihren Urteilen und Begehrungen, widerspenstig gegen die zu ihrem eigenen Besten nöthigen Verfügungen, leicht aufgebracht, von einem wütenden Triebe, alle Schranken zu durchbrechen und jeden Widerstand zu vernichten'; 'Eigensinn'; 'Starrsinn'; 'Tücke'; 'Gefühllosigkeit gegen das Unglück ihrer Mitmenschen'; 'Neid'; 'Schwerfälligkeit und Einseitigkeit im Denken'; 'Mangel an edleren menschlichen Gefühlen' u.a.m.

3.3 Frühe Monographien, Lehr- und Handbücher

Während diese unter gerichtsmedizinischen Aspekten sich bildenden Auffassungen bereits eine nachhaltige Wirkung auf die Rechtsprechnung und dadurch wohl auch auf die zeitgemäßen Formen öffentlicher Meinungsbildung ausübten, stand die wissenschaftlich-universitäre Psychiatrie in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts erst im Begriff, sich allmählich auszubilden.[49] So verfügte sie noch kaum über Fachliteratur, die sich auch mit der psychopathologischen Symptomatik bei Epilepsien befaßte.

A.F.Hecker[50], F.Jahn[51] und E.Löbenstein-Löbel[52], die dazu Stellung genommen hatten, gingen nicht über die Auffassung von Tissot hinaus, der als mögliche Folgen von chronischer Epilepsie 'Stumpfsinn/Blödsinn' und 'Reizbarkeit/Zornmüthigkeit' angeführt hatte.

Im Jahr 1822 war es dann Karl Georg Neumann, der die Symptomatologie in seiner als 'Leitfaden für Vorlesungen' apostrophierten Publikation 'Die Krankheiten des Vorstellungsvermögens' erweiterte. Der Umfang und die Differenziertheit seiner Äußerungen werfen ein Licht auf die Fortschritte, die die beginnende Epoche der psychiatrischen Klinik - Neumann war zweiter Arzt in der Berliner Charité - in der Beobachtung und Beschreibung der dort untergebrachten Patienten mit sich brachte. Dazu ein längerer Auszug:

> "Sehr oft geht die Epilepsie in wahrhafte Vorstellungskrankheit über, welche fortwährt, und Anfangs die Form der Narrheit, des Wahnsinns, ja der wahren Manie haben kann, allmählich aber ohnfehlbar in Blödsinn endet.
> Einen geringeren Grad von Verstimmung des Vorstellungsvermögens findet man bei jedem Epileptischen; er wächst mit der Dauer der Krankheit und im Verhältnis zur Frequenz der Anfälle. Diese Art von Menschen sind reizbarer, als andere, erzürnen sich leichter, ihre Leidenschaften sind heftiger, als sie sonst waren. Ein Gedanke, der sie ergreift,

theilt ihnen eine gewisse Einseitigkeit mit; sie können sich von ihm nicht losreißen und urtheilen über ihn unrichtig.
...
Gedächtnisschwäche und Unvermögen, Ideen festzuhalten, wächst mit jedem Anfall, und nun geht der Kranke allmählich in einen Traumzustand über. In diesem ist er nun entweder sofort blödsinnig, oder ehe er Gedächtnis und Urtheilskraft einbüßt, und in allen seinen Vorstellungsäußerungen auf den Grad der Thierheit zurücksinkt, durchgeht er andre Stufen der Zerrüttung der Denkkraft.
...
Ein Wunsch tritt so mächtig hervor, daß er den Kranken ausschließlich beschäftigt, und gesetzlos verfolgt wird, oder obgleich in der Regel die Ordnung der Vorstellung nicht gestört ist, auch ihre Beherrschung möglich bleibt, so giebt es doch Zeiten, wo sie regellos und ohne Ordnung, verworren und seltsam sich äußert.
Endlich aber ... geht Gedächtnis und Combinationsvermögen, ja zuletzt die Perceptionskraft verloren, und der Epileptische versinkt in immer tiefern Grad des Blödsinns. Dabei verändert sich sein Kopf und sein Gesicht. Der erstere wird, besonders nach hinten, immer flacher, wodurch er im ganzen mehr kugelrund erscheint. Das Gesicht wird leer, nichts sagend, die Züge hängend, die Augen vorgetrieben, glotzend, gegen den kleineren Kopf erscheint das Kiefersystem größer, und bildet so den Menschen in das Thier zurück."[53]

Nach Neumann dauerte es drei Jahrzehnte, bis die allgemein-psychiatrische Theorieentwicklung, die zu dieser Zeit - soweit sich dies aus der fehlenden Zitation ableiten läßt - ohne einen unmittelbaren gedanklichen Austausch mit der forensisch-psychiatrischen verlaufen zu sein scheint, wieder neue Impulse erhielt. Zwar befaßten sich die Autoren der in zahlreichen Auflagen publizierten 'Handbücher der Pathologie und Therapie', die in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts üblicherweise nur von einem Verfasser stammten und dementsprechenden Beschränkungen unterworfen waren, am Rande auch mit Epilepsie. Diese Beiträge blieben jedoch hinter dem von Neumann zurück, wie etwa ein Blick in die Handbücher von J.N. von Raimann[54] oder J.W.H.Conradi[55] zeigt.

Im Jahr 1855 erschien unter der Redaktion von R.Virchow der vierte Band des 'Handbuchs der speziellen Pathologie und Therapie'; darin bearbeitete K.E.Hasse die 'Krankheiten des Nervenapparats'. Seine Ausführungen übertrafen an Breite und Prägnanz die der meisten seiner Vorgänger. Von den Autoren früher Publikationen, die in diesem Abschnitt behandelt werden, erzielte er in den folgenden Jahrzehnten die nachhaltigste Wirkung. Im Hinblick auf die Psychopathologie war auch er zu der Überzeugung gelangt, daß längerdauernde Epilepsie die ganze Persönlichkeit tiefgreifend verändere.

> "Manche werden traurig, scheu und ziehen sich von allem Verkehr zurück. Andere sind mürrisch, verdrossen und verrichten ihre gewohnten Beschäftigungen ohne Lust und Eifer, noch andere sind aufgeregt, wild und können durch ganz geringe Anlässe zu Zornesausbrüchen und Verkehrtheiten getrieben werden. Bei sehr Vielen sinken die Geisteskräfte, es zeigt sich Vergesslichkeit, ein stumpfsinniges Wesen, es tritt mehr und mehr das Thierische in der ganzen Persönlichkeit hervor; Gier, Gefrässigkeit, Geilheit, Gewaltthätigkeit bilden hervorstechende Züge. Alledem entsprechen auch die körperlichen Zustände, die Veränderungen des Habitus."[56]

Deutlicher noch als K.E.Hasse nahm C.F.Flemming in seiner 'Pathologie und Therapie der Psychosen' von 1859 Bestandteile des späteren 'epileptischen Charakters' vorweg:

> "Bekannt ist der alterirende Einfluß, welchen diese Krankheit auf den Charakter hat: die moröse und tückische Gemüthsart und die heftige Wildheit der Triebe, die sie erzeugt, und die Erschlaffung der Vernunft in Beherrschung der letzteren, welche sie nach sich zieht."[57]

Auch in diesen vergleichsweise knappen Äußerungen wird der 'zivilere' Blickwinkel der frühen klinischen Psychiatrie deutlich. Im Gegensatz zu den angeführten Beispielen aus dem gerichtsmedizinischen Bereich war hier weniger von Bosheit, Gewalttätigkeit, Grausamkeit, Gefährlichkeit etc. die Rede. Die Darstellungen

verblieben vorwiegend im Phänomenologischen; der Drang, erklärende Aussagen zu machen, hielt sich in den engen Grenzen, die bei nüchterner Betrachtung durch den erreichten Kenntnisstand gezogen waren.

3.4 Französische Einflüsse

Die beiden zuletzt genannten Autoren, K.E.Hasse und C.F.Flemming, stützten sich bei ihren Überlegungen auch auf französische Autoren. In Frankreich war die Theorieentwicklung - auch in Zusammenhang mit der Französischen Revolution und deren Folgen - stürmischer verlaufen. Um die Frage der Zurechnungsfähigkeit kristallisierten sich seit den zwanziger Jahren etliche Publikationen[58] über den Geisteszustand von Epileptikern. Im Vergleich mit der deutschen Entwicklung scheinen die allgemeine und die forensische Perspektive der Psychiatrie hier prinzipiell nicht auseinander getreten zu sein.

Der einflußreichste und für die deutsche Theoriebildung bedeutsamste dieser Autoren war J.E.D. Esquirol. Seine Arbeit über 'Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde' erschien 1838 auch in einer deutschen Ausgabe. Im Abschnitt über Epilepsie führte er eine Statistik an, die später häufig zitiert und als Beleg für eine enge Verbindung von Epilepsie und Geisteskrankheit angesehen wurde.[59] Von 339 Frauen aus seiner Klinik Charenton, die er als epileptisch klassifiziert hatte, waren demnach vier Fünftel "mehr oder weniger geisteskrank, ein Fünftel ist allein im Besitz seiner Vernunft. Aber wie steht es auch bei diesen!"[60] Weiter heißt es:

> "Die Intelligenz wird verändert, nach und nach geschwächt; die Empfindungen haben nicht mehr dieselbe Lebhaftigkeit, das Gedächtnis verliert sich, die Einbildungskraft verschwindet. Die Epileptischen verfallen in unheilbare Verwirrtheit. Diese

traurigen Wirkungen sind um so mehr zu fürchten, je heftiger und häufiger die Anfälle sind."[61]

Daneben zeichneten sich Epileptiker nach Esquirols Meinung durch 'Reizbarkeit', 'Zornmüthigkeit' und 'Eigensinn' aus. Schließlich fand, wie schon im Zusammenhang mit B.Brach erwähnt, der später bedeutsam werdende Charakter-Begriff eine frühe Verwendung: "Die Epilepsie verändert den Charakter, macht zänkisch, unduldsam ..."[62]

Nach Esquirol dauerte es eine ganze Weile, bis französische Autoren wieder eine Rolle in der deutschen Entwicklung spielten. Friedrich Wilhelm Theile, der Übersetzer und Bearbeiter des 1855 auf deutsch erschienenen Werkes 'Traité de l'épilepsie' von George Delasiauve, war bezeichnenderweise der Überzeugung, mit dieser Tätigkeit schon aus dem Grunde etwas Ersprießliches unternommen zu haben, weil seit mehreren Jahrzehnten keine selbständige wissenschaftliche Bearbeitung der Epilepsie in Deutschland veröffentlicht worden sei. Seit 1828, dem Erscheinungsjahr von A.Portals Werk 'Betrachtungen über die Natur und die Behandlung von Epilepsie' in deutscher Sprache, habe die deutsche Literatur sogar kaum etwas Nennenswertes aufzuweisen. G.Delasiauve selbst nannte als mögliche Folgen von Epilepsie 'Manie', 'Stupidität' und als Endzustand 'paralytische Demenz'.

"Manie. Die mannichfaltigsten Geistesstörungen können auftreten, von einer einfachen Exaltation bis zur ungeregelten Wuth. Zuerst sind solche Kranke reizbar, geschwätzig, mit sich selbst beschäftigt; sie beklagen oder loben sich, sind anspruchsvoll, misstrauisch durch Eigenliebe und werden leicht enthusiasmirt. Ein Wort, eine Bewegung kann sie in Zorn versetzen und sie zu gewaltsamen Handlungen hinreissen. Andere zeigen Nichts von solcher Reizbarkeit; sie fühlen sich vielmehr schwach und unmächtig, sind furchtsam, scheu, dienstfertig, um gleichsam Mitleiden zu erwecken und durch kleine Dienstleistungen sich Sympathieen zu verschaffen. Zu Anfang der Epilepsie geht dieser Zustand vorüber, mit der Zeit aber verschmilzt er gleichsam mit der Constitution ...
...

> Der Kranke, ein Spielball fantastischer Launen, ist bald gereizt, bald freudetoll, geil, eitel u.s.w.; er überschreitet die Grenzen des Anstandes, lässt sich Beleidigungen zu Schulden kommen, behält aber doch dabei einen geregelten Ideengang, ein richtiges Urtheil und einen Scharfblick. Oder aber die Gedanken sind ungebunden, die verschiedenartigsten Eindrücke und Gefühle geben sich in den Aeusserungen des Kranken kund, so dass Aufbrausen und Ruhe, Melancholie und Redseligkeit, abstossendes Wesen und Zärtlichkeit mit einander wechseln."[63]

Mit der Launen- bzw. Wechselhaftigkeit, die Delasiauve hier so eindrücklich schilderte, nahm er einen der zentralen Bestandteile des nunmehr fast 'geburtsreifen' Konzepts vom epileptischen Charakter vorweg. Die 'Unberechenbarkeit' selbst zu einer hervorstechenden Eigenschaft zu machen, faßte begrifflich so verschiedene Kennzeichnungen wie 'Reizbarkeit'/'Gewalttätigkeit' und 'Scheu'/'Schwäche' oder 'abstossendes Wesen' und 'Zärtlichkeit' in neuer Schlüssigkeit zusammen.

> "Stupidität. Sie kommt noch häufiger, als die Manie, mit der Epilepsie verbunden vor. Die niedern Grade der Stumpfheit findet man bei vielen Individuen, nämlich etwas unklare Vorstellungen, ein unzuverlässiges Gedächtniss, schwere Urtheilskraft, Unschlüssigkeit. Die höhern Grade characterisiren sich durch geistige Trägheit, durch Schwere der Zunge oder selbst Fehlen der Sprache, durch schweres Gehör ...
> ...
> Hat die Krankheit lange angedauert, sind die Anfälle heftig und häufig, so nimmt die Stupidität zu."[64]

In fortgeschrittenen Stadien schließlich beobachtete Delasiauve eine 'Dementia paralytica'.

> "Die geistigen Kräfte nehmen dann ab, ohne dass es aber zu einer Verwirrung und Auflösung der Gedanken kommt. Die meisten Kranken behalten noch einen Rest von Urtheil und Gedächtniss, so dass sie noch an den Gewohnheiten des gewöhnlichen Lebens theilnehmen können.
> ...
> Die lähmungsartige Schwäche verhält sich dabei wie die allgemeine Paralyse Geisteskranker, sie ist unvollkommen und betrifft die gesammte Muskelthätigkeit; nur fehlt die geistige Störung, so dass

> der Kranke noch urtheilsfähig ist. Es tritt aber bei derselben häufig genug ein Wechsel ein; sie bessert oder verschlimmert sich, je nach der Häufigkeit und nach der Intensität der Anfälle.
> ...
> Dieser Paralyse muss man auch wohl die Verzerrung der Gesichtszüge zuschreiben, ..., das Sinken der Augenlider, das Verziehen des Mundes, die Anschwellung der Lippen und Nasenflügel. Diese Zeichen zusammen machen die Physiognomie vieler Epileptischer ganz widerlich."[65]

Wie F.W.Theile mitteilte, war Delasiauve vor der Publikation seiner Monographie einige Jahre im Bicêtre an der Abteilung für Epileptische und Blödsinnige tätig gewesen. Auch der Text selbst zeigt, daß er sich in erster Linie auf Beobachtungen und Erfahrungen stützte, die aus dem klinischen Raum stammten. In seine Beschreibung war also nicht nur das Verhalten der Patienten eingegangen, sondern in gleicher Weise die spezifischen Lebensbedingungen, unter denen es sich ausgebildet hatte (das Anstaltsreglement, die Behandlungsmethoden, das ärztliche Handeln etc.).

Schließlich befaßte sich Delasiauve in einem gesonderten Abschnitt mit den forensischen Aspekten:

> "Die Epilepsie geht bisweilen in Irrsein über, oder es mag sich doch der Character, das Betragen, die Gefühlsweise des mit Epilepsie Behafteten durchaus verändern, und so kann es geschehen, dass die unglücklichen Epileptischen im unfreien Zustande tadelnswerthe oder nachtheilige Handlungen begehen. Der Epileptische lässt sich manchmal zu Verbrechen verleiten, bald aus eigenem Antriebe, bald durch fremde Einflüsterungen, durch schlechte Rathschläge, durch Einschüchterung; er befindet sich oft genug ausser Stande, seinen Rechten und Pflichten im gesellschaftlichen Leben genügend nachzukommen."[66]

Im Jahr 1860 erschien B.A.Morels 'Traité des maladies mentales'. Morel leitete das Irrenasyl von Saint-Yon. Er unterschied drei Phasen des 'epileptischen Wahnsinns' (folie épileptique), zu dem die psychischen Veränderungen bei Epileptikern von Morel konzeptionell verdichtet worden waren.[67] In der

ersten Phase bemerke man die beginnende Veränderung im Charakter des Betroffenen an seiner großen Reizbarkeit. Zu den Anzeichen beginnender intellektueller Schwäche trete als Spezifikum von Epileptikern hinzu, daß sie dem ihr innewohnenden primitiven Element einen seltsam gefährlichen Anstrich verliehen.

Der zweiten Phase ordnete Morel diejenigen Epileptiker zu, die wegen ihres Zustandes in Anstalten unterbegracht worden waren. Besonders asylierten Epileptikern, die noch nicht endgültiger Geistesschwäche verfallen waren, schrieb er den 'epileptischen Charakter' (caractère épileptique) zu. Als seine hervorstechendsten Züge nannte er 'Reizbarkeit' und 'Jähzorn'. Was er mit dem Charakter-Begriff meinte, umschrieb er als Grundlage der intellektuellen und moralischen Qualitäten. Weitere Bestandteile kennzeichnete er als 'Unterwürfigkeit', 'Aufdringlichkeit' und 'Wichtigtuerei'. Die Patienten seien geheimniskrämerisch, schmeichlerisch, furchtsam, verzagt, überkandidelt, familienlobhudlerisch, nicht wahrheitsliebend, klagsam, verleumderisch, von übertriebener und schwermütig-krankhafter Religiosität u.a.m.

In die dritte Phase verlegte Morel den schließlichen Übergang in Demenz und allgemeine Paralyse. An anderer Stelle bezeichnete er die Demenz und die bei allen Epileptikern feststellbare, fortschreitende Abschwächung der intellektuellen Fähigkeiten als notwendigen Ausgang von Epilepsie.

Die Äußerungen von Morel sind geprägt von dem Tonfall sachlicher Beschreibung, der wiederholt durch verächtliche Bewertungen durchbrochen wird. Wer Morel folgte, sah in Epileptikern abstoßende Sonderlinge und unberechenbare, im Extremfall gemeingefährliche Geisteskranke, die sich durch ihr Verhalten selbst außerhalb der menschlichen Gemeinschaft stellten, was ihre aktive Ausgrenzung nicht nur recht und billig,

sondern auch notwendig machte. Die Morelsche Art der Dämonisierung unterschied sich damit z.B. von der Platnerschen: sie verband sich nicht mehr mit einem in Philanthropie begründeten Patronat; stattdessen beförderte sie mittels scheinbar objektiver Deskription eine inhumane Tendenz, die nicht mehr den kranken Menschen zu sehen lehrte, sondern das Augenmerk auf die Mißliebigkeit von Anfallskranken lenkte.

Ungefähr zur gleichen Zeit wie Morel veröffentlichte Jules Falret einen mehrteiligen Aufsatz über den geistigen Zustand von Epileptikern.[68] Darin befaßte er sich auch mit dem interparoxysmalen Erscheinungsbild und faßte den damaligen Kenntnisstand so zusammen, daß sich der Charakter von Epileptikern auf die Dauer durch die häufige Wiederholung von Anfällen verändere. Diese Kranken würden reizbar und jähzornig; es sei schwer, mit ihnen auszukommen. Sie wiesen in der Art ihres Seins und Verhaltens Anomalien und Bizarrerien auf, die sie in typischer Weise von anderen Menschen und von dem, wie sie selbst früher gewesen seien, unterscheiden würden. Die meisten Epileptiker würden außerhalb der Anfälle verschiedene Grade von Störungen der Intelligenz und des Charakters zeigen. Darin Morel folgend, bewertete Falret selbst die 'Reizbarkeit' als den hervorstechendsten Zug des 'epileptischen Charakters'. Aus seinem Blickwinkel neigten Epileptiker im allgemeinen zu Verdächtigungen, Streitsucht, Jähzorn und bei den geringfügigsten Anlässen auch zu Gewalttaten.

> "Alle die mit Epileptikern gelebt haben, haben bemerkt, daß diese Kranken im allgemeinen schüchtern, furchtsam, schlau, unterwürfig sind bis zur Erniedrigung und schmeichlerisch. Diese Neigungen wechseln häufig mit Traurigkeit, mit mürrischer Stimmung und Entmutigung oder gerade im Gegenteil mit Böswilligkeit, gewaltsamen und ungerechten Beschuldigungen, und Jähzorn, der manchmal bis zur Gewalttätigkeit geht, und dieser Wechsel bildet die Grundlage des epileptischen Charakters ...
> ...

Was man unserer Meinung nach im Charakter wie im intellektuellen Zustand von Epileptikern vor allem feststellen muß, ist die extreme Wechselhaftigkeit ihrer Stimmung oder ihrer geistigen Befindlichkeit, je nachdem in welchem Augenblick man sie beobachtet. In der Tat sieht man sie bald traurig, verdrießlich, entmutigt und wie unter der Last des Schmerzes und der Scham, die ihre schreckliche Krankheit sie fühlen läßt; bald haben sie im Gegensatz dazu ein inneres Gefühl des Wohlbefindens und der Zufriedenheit, das sie dazu bringt, große Pläne zu schmieden oder die in ihrer traurigen Situation am wenigsten zu verwirklichenden Hoffnungen zu hegen. Bald sind sie zänkisch, zur Auseinandersetzung, Diskussion, Streitsucht und sogar zu Gewalttätigkeiten aufgelegt; bald zeigen sie im Gegensatz dazu eine Süßlichkeit, ein Wohlwollen, eine Gefühlswärme und religiöse Empfindungen von Demut und Buße, ebenso übertrieben und wenig begründet wie die vorangegangenen gegenteiligen Äußerungen."[69]

4. ENTSTEHUNG UND VERBREITUNG

4.1 Formulierung

Nachdem bis in die zweite Hälfte des vorigen Jahrhunderts hinein in der deutschen Entwicklung verschiedentlich vom 'epileptischen Charakter' bzw. seinen Vorstufen die Rede gewesen war, ohne daß dadurch allerdings ein spezifisches, in seinen Aussagen definiertes und anerkanntes, theoretisches Konzept begründet und mit einem hohen Maß an unmittelbarer Plausibilität ausgestattet worden wäre, fiel seine eigentliche Entstehung in die siebziger Jahre. Wie unschwer an Hand zahlreicher Verweise auf die französischen Autoren[1], insbesondere Morel und Falret, nachzuweisen ist, hat deren fortschreitende Rezeption im deutschsprachigen Raum erheblich dazu beigetragen, die Welle psychopathologisch ausgerichteter Epilepsie-Publikationen, die seit den vierziger Jahren abgeebbt war, wieder anschwellen zu lassen. Dieser Effekt kam erst in den siebziger Jahren voll zum Tragen, was wohl auf die vergleichsweise mühsame Übermittlung in den deutschen Sprachraum zurückzuführen ist; daß er dann jedoch um so durchschlagender war, ist mit dem Stand der deutschen Universitätspsychiatrie in Verbindung zu bringen, die im Begriff stand, sich vollends zu etablieren und theoretisch zu konsolidieren. In dieser Situation lag es nahe, sich an den Auffassungen ausgewiesener Fachautoren aus benachbarten Ländern zu orientieren, zumal wenn sie der deutschen Entwicklung voraus zu sein schienen.

Nicht sicher zu entscheiden ist, welcher Anteil den deutschen Wurzeln des 'epileptischen Charakters' im Verhältnis zu den französischen bei seiner eigentlichen Entstehung zuzurechnen ist. Eine Genealogie

der Verweise und Zitationen würde wohl ergeben, daß bei seiner Formulierung in erster Linie an die französischen Autoren angeknüpft wurde und daß von den deutschen Vorläufern eher den unmittelbar zurückliegenden, allgemein-psychiatrischen Publikationen eine direkte Wirkung zukam als den weiter zurückliegenden und teilweise segregierten Anschauungen aus dem Bereich der gerichtsmedizinischen Psychiatrie. Demnach wäre von einem komplexen Prozeß der Übernahme und Aktualisierung zu sprechen.

Die inhaltlichen Konsequenzen dieser Theoriebildungs-Schritte lassen sich an zwei Arbeiten des Wiener Psychiaters Max Leidesdorf aus den Jahren 1865 und 1875 verdeutlichen. Für das Jahr 1865 ist davon auszugehen, daß sich die Auffassungen der neueren französischen Autoren noch nicht verbreitet hatten[2]. In der Tat fand in der Arbeit von 1865 nur J.Falret in der Form eines Literaturhinweises eine knappe Erwähnung. Zehn Jahre später waren sie im Fachpublikum allgemein bekannt und der 'epileptische Charakter' begann als Theoriekonstrukt in der deutschsprachigen Psychiatrie eine eigenständige Entwicklung zu nehmen.

Im Kapitel 'Epilepsie und Geistesstörung' seines 'Lehrbuchs der psychischen Krankheiten' von 1865 sprach Leidesdorf (1816-89) lediglich in allgemeiner Weise von der

> "Thatsache, dass Epileptische, die nicht an deutlicher Geistesstörung leiden, in der Regel auch in der anfallsfreien Zeit wesentliche psychische Veränderungen darbieten.
> Dieser wichtige Umstand fordert zur grössten Behutsamkeit auf, wenn es sich darum handelt, eine in dieser Zeit von dem Epileptischen vollbrachte Gewaltthat zu beurtheilen oder zu begutachten.-
> ...
> Mit der Zahl der Anfälle leidet endlich auch das Gedächtniss, die Auffassungskraft, es stellt sich ein immer mehr zunehmender Grad von Beschränktheit ein, welcher sich in der veränderten, ausdruckslosen Physiognomie des Kranken kund gibt."[3]

Ausführlicher äußerte er sich hingegen zu den Erscheinungen, die unmittelbar nach den Anfällen beobachtet wurden:

> "In den meisten Fällen ist die Intelligenz nach dem Anfalle getrübt, dieser Zustand kann sich selbst auf mehrere Tage erstrecken; in anderen Fällen treten entweder unmittelbar nach dem Anfalle oder von diesem durch ein Stadium des Verstimmt- und Insichgekehrtseins getrennt, gewöhnlich heftige Paroxysmen von Tobsucht auf, die sich durch die schrankenloseste Wuth, durch die blindeste Zerstörungssucht und durch eine verhältnissmässig lange Dauer auszeichnen und von Hallucinationen schrecklichen Inhaltes begleitet sind.- Andere Kranke zeigen sich nach den Anfällen traurig, lebensmüde bis zur Vollziehung des Selbstmordes; gereizt, in hohem Grade empfindlich, jähzornig, herrschsüchtig und unendlich misstrauisch selbst gegen ihre theuersten Angehörigen und biedersten Freunde."[4]

Zehn Jahre später veröffentlichte Leidesdorf, nunmehr seit 1866 im Professorenrang, dann einen Artikel 'Über epileptische Geistesstörung', in dem er eine nach seiner Ansicht fälschliche Verurteilung einer epileptischen Brandstifterin zum Anlaß nahm, den Stand seiner Überlegungen erneut darzulegen. Hier berief er sich ausdrücklich auf die "ausgezeichnete Abhandlung über diesen Gegenstand" von J.Falret. In dieser Arbeit legte er, wie nebenbei anzumerken ist, besonderen Wert darauf, die von ihm postulierte 'psychische Epilepsie' mit Verweisen und Krankengeschichten zu belegen. Sie war nach seiner Auffassung dann zu diagnostizieren, wenn psychische Erscheinungen und Störungen an die Stelle von manifesten Anfällen getreten waren, was freilich kaum jemals nachzuweisen gewesen sein dürfte.

Zu seinem eigentlichen Gegenstand, dem allgemeinen Verhältnis von Epilepsie und Geistesstörung, führte er einleitend aus:

> "Bezüglich der sich zur Epilepsie transitorisch oder permanent gesellenden Geistesstörung muß hervorgehoben werden, daß 40 % epileptischer Kranker

> von jeder psychischen Störung frei sind, und wenn auch ein gewisser gemeinsamer später zu schildernder Charakterzug ihnen zuzukommen pflegt, so ist ihre Intelligenz ungestört, zuweilen hervorragend ...; 60 % hingegen stellen psychisch kranke Individuen dar."[5]

Ungleich drastischer als 1865 und bemerkenswerterweise unter Verwendung von Attributen, die er damals dem unmittelbaren Zeitraum nach den Anfällen zugeordnet hatte, schilderte er den Einfluß,

> "den in vielen Fällen die Epilepsie auf das Gemüth und den Charakter der davon Befallenen ausübt; der ihrem ganzen Wesen einen eigenthümlichen beinahe unverkennbaren Stempel aufdrückt.
> Die Epileptiker sind in der Regel ausserhalb der Anfälle misstrauisch, reizbar, jähzornig, ihre Stimmung ist launenhaft, rasch und häufig wechselnd; bald freundlich und liebenswürdig, bald ohne Motiv gegen dieselbe Person böse, aufgebracht, heimtückisch, sie lügen, verleumden und verdächtigen ihre Freunde und Angehörigen, quälen ihre Frauen mit grundloser Eifersucht, reichen Ehescheidungsklagen ein, denen sie die gröbsten nur aus beweislosem Verdachte geschöpften Beschuldigungen zu Grunde legen.
> Ich kenne mehrere Individuen, die von epileptischen Eltern abstammen und welche ohne jemals selbst epileptische Anfälle gehabt zu haben, doch die eben erwähnten Charaktereigenthümlichkeiten für Epileptiker darbieten und dadurch eine Qual für sich und ihre Umgebung ausmachen."[6]

Zwei Jahre vor dieser zweiten Veröffentlichung von Leidesdorf hatte Wilhelm Sander (1838-1922), seit 1869 für Psychiatrie und gerichtliche Medizin habilitiert[7], einen Vortrag zum Thema 'Über die forensische Bedeutung der Epilepsie' auch als Artikel herausgebracht. Damit wurde diese Problemstellung zum ersten Mal seit längerer Zeit wieder aus gerichtsmedizinischer Perspektive behandelt. Sander betonte die Bedeutung der "psychischen Erscheinungen neben den epileptischen Anfällen als gleichwertige Symptome der bestehenden Hirnkrankheit."[8] Darin drückte sich Sanders Kritik an der gängigen Auffassung aus, daß Epilepsie und psychische Störungen sich in einem kausalen Verhältnis zueinander befänden. In dieser Sicht

erschien die Geistesstörung nur als Folge der Anfallskrankheit und gegenüber den Anfällen als sekundär. Mit eingeschlossen in die nosologische Aufwertung der psychischen Störungen war der Bereich der Charaktereigenschaften von Anfallskranken. Bezogen auf seine Erfahrungen mit nicht hospitalisierten Epileptikern nannte Sander in diesem Zusammenhang:

> "die selbstquälerischen, hypochondrischen Vorstellungen des Kranken ..., die grundlos wechselnde Stimmung, die Reizbarkeit, die Unfähigkeit, sich in gegebene Verhältnisse loyal zu schicken, die Hartnäckigkeit im Festhalten eigener Ideen und Absichten ..."[9]

Ganz allgemein auf Epileptiker bezogen, sei ihre psychische Störung bekanntlich als geistige Schwäche mit verschiedenen Schweregraden zu kennzeichnen; bekannt sei auch ihre Reizbarkeit. Und er fuhr fort:

> "Heftigkeit und Jähzorn und, wenn es zu Handlungen kommt, brutale Rücksichtslosigkeit characterisiren den Epileptischen unter allen Lebensverhältnissen, mag es sich um Kleinigkeiten, oder um wichtige Interessen handeln. Abgesehen von der erhöhten Reizbarkeit ist auf der andern Seite nicht selten eine Stumpfheit des Gemüths vorhanden, welche sich in dem mehr oder weniger vollständigen Mangel der den Menschen eigenen sittlichen Gefühlen offenbart. Die Bande der Verwandtschaft, der Freundschaft und Liebe sind bei den Epileptischen nicht in derselben Weise, wie bei Gesunden vorhanden; ein hoher Grad von Egoismus ist den Meisten eigen. Bei manchen, namentlich weiblichen Individuen findet sich, bei allerdings schon ziemlich entwickeltem Schwachsinn, ein eigenthümlich kindliches, schüchternes und anschmiegsames Benehmen, welches in späteren Jahren auch erotisch erscheint."[10]

Zum forensischen Aspekt seines Themas im engeren Sinn führte Sander aus:

> "Nun geht man, wie die Erfahrung lehrt, nicht zu weit, wenn man sagt, dass epileptische Individuen den Antrieben zu schlechten Handlungen nicht denselben Widerstand entgegensetzen können, wie gesunde, ja dass bei vielen sogar die Krankheit an sich eine Neigung zu perversen Handlungen aller Art, zu Vergehen und Verbrechen mit sich bringt. Ziehen wir also auf der einen Seite die innere Na-

tur, auf der anderen die äusseren Umstände[11] in Betracht, so können wir uns nicht wundern, dass derartige an Epilepsie leidende Individuen vagabundiren und betteln und, was ja so leicht damit verbunden ist, wo sich Gelegenheit findet, auch stehlen. Wo und so weit sich bei solchen Individuen die Intelligenz auch entwickeln mag, so wird dies immer nur nach der Richtung hin geschehen, dass sie grössere Schlauheit bei ihren Unternehmungen anwenden. Sprechen wir noch von sexuellen Aufregungen, welche wie die meist vorhandene Masturbation wenigstens theilweise auch in der Krankheit begründet sind, denen jedenfalls ein ausreichender sittlicher Widerstand nicht entgegengestellt werden kann, und welche Veranlassung zu Vergehen gegen die Sittlichkeit werden können, erwähnen wir noch des Jähzorns und der Reizbarkeit, welche zu Händeln aller Art, zu Beleidigungen und Drohungen, zum Widerstande gegen Beamte, zu Disciplinarvergehen, zu Verletzungen, wenn nicht zu Schlimmerem führen kann ..."[12]

Mit dem zweiteiligen, z.T. posthum herausgekommenen Aufsatz 'Epileptische Irreseinsformen' von Paul Samt (1844-75) aus den Jahren 1875/76 kam die Formulierungsphase zu einem vorläufigen Abschluß. Samt verstand sich als engagierten Vertreter einer naturwissenschaftlich orientierten Psychiatrie, die aus exakter klinischer Beobachtung nosologische Einheiten abzuleiten versuchte.

Diese Vorgehensweise setzte Samt in seiner Arbeit demonstrativ von der an Boden gewinnenden Neuropathologie ab und zog eine auf seine Ressentiments hinweisende Trennungslinie, die eine Verengung psychiatrischer Methoden im Sinn eines klinischen Purismus' bedeutete.

"Ich habe an anderer Stelle der klinischen Methode das Wort geredet[13] und die Ueberzeugung ausgesprochen, dass die Fortschritte in der Psychiatrie nicht auf dem Secirtisch oder unter dem Microskop zu suchen seien, sondern in der klinischen Beobachtung. Diese soll uns ein nosologisches System der Geisteskrankheiten schaffen. Zu diesem Zwecke müssen klinisch gut characterisirte Gruppen formirt werden, welche identische Entwickelung, identische Symptomatologie und identischen Verlauf haben. Nur construire man nicht aprioristisch, sondern ziehe das Facit aus genauen Beobachtungen."[14]

Und weiter unten heißt es mit noch deutlicheren Untertönen: "... das klinische Studium der Geisteskrankheiten (ist) ein ungeheuer schwieriges, etwas schwieriger als Glia zupfen und Schnitte färben ..."[15]

Dies zeigt sowohl eine Geringschätzung der Neuropathologie, die durch ihre relative Simplizität zu billigen Erfolgen kommen könne, wie eine implizite Rechtfertigung der Ergebnisse, über die die klinische Forschung auf Grund ihrer Bedingungen nicht hinausgelangen könne.[16]

Auf dem Gebiet der Psychopathologie von Anfallskranken konnte die umfassende klinische Beobachtung nun sozusagen als Paradeinstrument der neueren Psychiatrie ihre Überlegenheit unter Beweis stellen, wenn sich Samts Anschauung bestätigen ließ, daß gerade "das Irresein der Epileptischen in verschiedenen Formen eine solche klinisch gut characterisirte Gruppe (dar)stellte."[17] Bei diesem Ausgangspunkt mag es nahe gelegen haben, das 'epileptische Irresein' als ein Forschungsfeld anzusehen, das - unter Berücksichtigung seiner besonderen Schwierigkeiten - exemplarisch die wissenschaftliche Leistungsfähigkeit sowie die Ebenbürtigkeit der Psychiatrie im Kreis der medizinischen Disziplinen ausweisen konnte.

In der sich an ausführlichen Krankengeschichten orientierenden Darstellung gelangte Samt zu insgesamt 12 Kategorien[18], in die er Epilepsie untergliederte, darunter auch die 'habituellen epileptischen Charactereigenthümlichkeiten'. Er stützte sich auf die Arbeiten von B.A.Morel und J.Falret; die Abhandlung von Falret rühmte er als "ausgezeichnet" und "wahrhaft classisch". Der Schwerpunkt seiner Beobachtungs- und Klassifikationstätigkeit lag allerdings nicht auf dem 'epileptischen Charakter' selbst[19], der wohl kaum noch das Interesse des im klinischen Neuland forschenden Psychiaters auf sich ziehen konnte, son-

dern auf den noch wenig ausgearbeiteten Merkmalen und Formen der beiden Hauptgruppen des 'epileptischen Irreseins': dem 'postepileptischen Irresein' und den 'psychisch-epileptischen Äquivalenten'.

Die 'habituellen epileptischen Charactereigenthümlichkeiten' stufte er als so prägnant ein, "dass ein Sachverständiger aus ihnen allein eine ziemlich sichere Diagnose auf Epilepsie stellen könnte ..."[20] Im einzelnen ging er jedoch nicht weiter auf seine Sicht der Bestandteile des 'epileptischen Charakters' ein; wohl aus dem Grund, weil ihm dieser so geläufig erschien, daß er ihn einfach als bekannt voraussetzte.

4.2 Aufstieg zur Lehrmeinung

Der Wandel der vorwiegend phänomenologischen Darstellungsformen des 'epileptischen Charakters' zu einem theorieorientierten Konstrukt, das in verallgemeinernder Weise Kausalitäten und Gesetzmäßigkeiten über Entwicklungsverläufe postulierte, ist in seinen Anfängen schon beschrieben worden. Noch in der vorkraepelinschen Ära kam dieser Prozeß zu einem vorläufigen Abschluß mit dem Aufstieg des Konstrukts zur Lehrmeinung. Ausgangs der siebziger Jahre erschienen drei herausragende Arbeiten, die den allgemeinen Stand der psychopathologischen Theoriebildung zusammenfaßten und in der Folge prägten.

Auf dem Gebiet der Psychopathologie bei Epilepsien knüpften sie unmittelbar an die einschlägigen Veröffentlichungen der vorangegangenen Jahre an und bahnten den Eintritt des 'epileptischen Charakters' in das psychiatrische Lehrgebäude. Dabei wurde die Stimmigkeit der inhaltlichen Substanz von dem formalen Prädikat 'Lehr'- bzw. 'Handbücher' gestützt, das große wissenschaftliche Autorität ausstrahlte.

Zwei der Arbeiten erschienen im Jahr 1878: das 'Handbuch der Geisteskrankheiten' von Heinrich Schüle und die 'Allgemeine Psychopathologie' von Herrmann Emminghaus; 1879 kam das 'Lehrbuch der Psychiatrie' von Richard von Krafft-Ebing heraus.

In seinen wissenschaftshistorischen Ausführungen zur Psychopathologie wies Karl Jaspers in seiner berühmten 'Allgemeinen Psychopathologie' auf die in der damaligen Theoriebildung unerreichte Breite und Geschlossenheit dieser Arbeiten hin.

> "Mit den Gesamtdarstellungen von Emminghaus, Schüle und Krafft-Ebing hätte es scheinen können, als sei die Psychopathologie zu einem gewissen Abschluß gelangt.
> ...
> Die gewonnenen Kategorien waren bequem; alles, was man beobachtete, ließ sich subsumieren."[21]

Nach 15 Jahren klinischer Tätigkeit in der Anstalt Illenau brachte Heinrich Schüle (1840-1916) im Jahr 1878 sein 'Handbuch der Geisteskrankheiten' heraus. Bereits 1880 wurde die zweite Auflage notwendig, 1886 erschien die dritte in umgearbeiteter Fassung unter dem Titel 'Klinische Psychiatrie'. Ungeachtet des apologetischen Charakters, der den 1924 von Theodor Kirchhoff herausgegebenen Kurzbiographien deutscher Irrenärzte eigen ist, wird in dem Schüleschen Lebensbild die Bedeutung seiner Arbeiten für die psychiatrische Theorieentwicklung deutlich:

> "Das Werk stellt in Anordnung und Darstellung des Stoffs gegenüber den seitherigen Lehrbüchern etwas vollständig Neues dar. In jener Zeit, da in unserer Wissenschaft noch alles im Flusse sich befand, war dieses Lehrbuch, besonders in seiner dritten Auflage, von ungeheurer Bedeutung, und niemand hat sich seiner Eigenart und Kraft in der Darstellung der psychischen Zusammenhänge entziehen können. Es erfüllte die ganze damalige psychiatrische Welt ..."[22]

In seinem Abschnitt über das 'epileptische Irresein' stützte sich Schüle vor allem auf die genannte

Studie von J.Falret, die er als "meisterhaft" bezeichnete, sowie auf B.A.Morel, C.F.Flemming und P.Samt.

Die zunehmende Durchbildung und Stabilisierung des 'epileptischen Charakters' als ein allgemein anerkanntes Konzept zeigte sich daran, daß Schüle für ihn "eine klinische Dreiheit" postulierte; damit billigte er dem Konzept eine substantielle Geschlossenheit zu, die üblicherweise nur nahezu klassisch gewordenen Krankheitsbeschreibungen zukam.

> "Während so anthropologisch der epileptische Charakterzug in der sittlichen Degeneration (Morel), in der Neigung zum Schlechten (oft dem Kranken selbst als organische Nöthigung peinlich fühlbar) zu Tage tritt, bleibt in gleicher Weise in der zunehmenden Gemüthsabstumpfung das unmotivirt Triebartige, der unberechenbare Wechsel in Stimmung und Gedankenrichtung die kennzeichnende Eigenschaft; eine klinische Dreiheit, worunter jeder Factor dieselbe Thatsache des direct organischen Eingriffs der krankhaften Nervenfunction in das Geistesleben zum Ausdruck bringt."[23]

In diesen Formulierungen zeigt sich beispielhaft die Suggestionskraft souveräner Wissenschaftlichkeit, die das Konstrukt mehr und mehr als gesichertes Wissen erscheinen ließ. In der Tat mußten die auf Epilepsie bezogenen psychopathologischen Auffassungen in einer Disziplin, die noch in einer frühen Phase ihrer wissenschaftlichen Fundierung stand, als ein hochentwickeltes Theorieteil gelten. So war Schüle bezeichnenderweise der Ansicht, daß "das epileptische Irresein ... nach dieser Kenntnisslage als eins der besterforschten Capitel unserer Disziplin, bald der Paralyse ebenbürtig, bezeichnet werden (darf)."[24] In vergleichbarer Weise hatte sich Krafft-Ebing 1877 geäussert: "Zu den bestbekannten Neurosen zählt ohne Zweifel die Epilepsie."[25]

Schüle schrieb dem 'epileptischen Charakter' zwar keinen psychiatrischen Krankheitswert im strengen Sinn

zu. Dennoch sah er

> "die damit Behafteten aus der Linie gesunden Fühlens und Handelns heraus auf die schmale Grenze wirklicher geistiger Krankheit versetzt.
> ...
> Dieser epileptische Charakter besteht in aussergewöhnlicher Reizbarkeit, in einer krankhaften Zornmüthigkeit, welche einer convulsivischen Zuckung vergleichbar unaufhaltsam zu motorischer Entladung, gewöhnlich in Form irgend eines Gewaltacts hindrängt. Es sind finstere, misstrauische, launische Menschen, gewöhnlich mit sich und Andern zerfallen, Raufbolde, und ebenso gefährliche, als stürmisch rücksichtslose Gegner, wenn man ihnen nahe tritt. Neben diesem finstern, unheimlichen Gesicht trägt aber die epileptische Constitution auch krankhaft heitere Züge - wiederum unheimlich, unergründlich, nicht motivirt, nicht aus innerem Wohlbehagen. Der gestrige Finsterling ist heute plötzlich spasshaft, sogar ausgelassen, in einer mit den Verhältnissen ebenso wenig wie gestern übereinstimmenden Weise, wo er als derselbe Sclave einer ihm aufgedrungenen gegentheiligen Stimmung noch getrotzt und gedroht hatte. So rückt auch oft eine Schweigsamkeit und übertriebene Selbsterniedrigung mit religiösem Anstrich an die Stelle der kurz zuvor noch trotzig beharrenden Härte und Feindseligkeit. Aber auch auf dem intellectuellen Gebiet kann dasselbe in unmotivirten Gegensätzen sich bewegende Schwanken geistige Trägheit und Indolenz mit andrerseits exaltirtem Vorstellungsgange und forcirtem Interesse abwechseln lassen - Alles unregelmässig, Alles unberechenbar.- So auch im Handeln. Eine Zeit lang pünktlich und gewissenhaft, anhänglich und entgegenkommend, schlägt plötzlich die ganze Haltung um: der Kranke wird roh, hart, gefühllos, der bis dahin Zuverlässige zum gefährlichen Dieb."[26]

In der gründlich überarbeiteten dritten Auflage klassifizierte Schüle die Ausbildung des 'epileptischen Charakters' als einen "psychischen Entartungszustand", der sich, dem Morelschen Phasenmodell vergleichbar, als Frühform des 'epileptischen Irreseins' der Phase bloßer Anfälle anschließen und dem eigentlichen Irresein sowie der Demenz vorausgehen würde. In der dämonisierenden Tendenz ging er nun über die erste Auflage noch hinaus.

"Nirgends tritt der Egoismus eines psychisch Ge-

störten deutlicher hervor, als beim Epileptiker auf dieser Entwicklungsstufe. Er lebt nur für sich und verliert das Gefühl für andere Menschen (insociable). Nichts kann ihn stören in der pedantischen Regelung seiner Bedürfnisse. In jedem leisesten Widerstande oder Hinderniss erkennt er sofort eine feindselige Hemmung, einen Feind, welchen er rücksichtslos aus dem Wege zu räumen sucht. Was Andere wünschen, ist ihm ganz gleichgiltig, sofern es nicht seine eigenen Wünsche berührt oder stört. Wichtig und von Bedeutung ist für ihn nur, was seine Person betrifft; alles Andere hat keine Berechtigung zur Existenz. Vom Nachgeben ist keine Rede. Tritt ihm Jemand in den Weg, so genügt ein geringfügiger Anstoss zum heftigsten Zornausbruch und zur brutalen zermalmenden Gewaltthat (abscheuliche Schimpfworte, blindwüthige Misshandlungen, Tödtungen). Andere Dritte dagegen, welche den Kranken nicht contrariiren, oder ihm momentan willfährig sind, werden mit den höchsten Lobeserhebungen überschüttet.

...

Eine besondere Eigenschaft des epileptischen Charakters ist das Familien-Lobreden. Sie selbst und die Ihrigen sind die tugendhaftesten Menschen, welche nie genug zu preisen sind. Ebenso häufig und bezeichnend ist die übertriebene Ausübung äusserer Religionsformen. Gott, Christus, Maria sind die Namen und Betheuerungen, welche immer im Munde geführt werden; in der Kirche sind namentlich die exponirtesten Plätze beliebt, ohne daß der Kranke dabei die mindeste Rücksicht auf einen möglichen Krampfanfall nimmt.- Das Triebartige - diese auszeichnende Eigenschaft der epileptischen Handlungsweise - tritt namentlich auch in dem geschlechtlichen Leben in seiner rohen Nacktheit zu Tage. Insbesondere leisten weibliche Epileptische hier oft Unglaubliches, und wissen dabei mit allem Aufgebote boshafter Lüge zu dissimuliren.

...

Eine besonders zu erwähnende Eigenschaft der Epileptischen im Anstaltsleben ist die Neigung zu Complotten gegen die Umgebung ...

Für sich bleibt der Epileptiker, zerfallen mit der Welt und innerlich ohne Halt, der Spielball seiner Augenblicks-Erregungen und Impulse (hierin den Hysterischen verwandt), und unberechenbar wie diese. Wechselvoll und unbeständig, einigen sich seine Acte und die Launen seines Benehmens nur in dem Momente einer steten Kriegführung mit der Umgebung, in einem Leben voll Bitterkeit, Misstrauen und Collisionen."[27]

Schüle beschrieb in diesen Passagen die tragische Lebenssituation, der asylierte Epileptiker vor hundert

Jahren ausgesetzt waren. Von heute aus gesehen, lenkte er den Blick damit auch auf die Anstaltsbedingungen selbst. Dazu äußerte er sich jedoch nicht; stattdessen führte er die beschriebenen Verhaltensformen von Anfallskranken ausschließlich auf ihre Krankheit zurück. Seine Perspektive war die eines sich unbeteiligt wähnenden Beobachters, dem es fern lag, die Situation von Epileptikern auch mit ihren Augen sehen zu lernen; der dagegen die eigene Subjektivität unkontrolliert in die Objektivität der wissenschaftlichen Erkenntnisform eingehen ließ; doch damit entsprach Schüle nur dem psychiatrischen Wissenschaftsverständnis seiner Zeit.

In der gesondert behandelten Psychopathologie jugendlicher Epileptiker äußerte er sich noch genauer zum Vorgang der "typischen Charakteränderung", die er als eine besondere Form moralischer Entartung kennzeichnete. Sie pflege in der Pubertät zu beginnen. Weiter heißt es hier:

> "Die bis dahin folgsamen, zuthunlichen Kranken werden mürrisch, widerstrebend, ungesellig, streitsüchtig; allmählich pietätlos, endlich roh, gewaltthätig (Misshandlung von Thieren, von Gespielen, Geschwistern). Es ist bemerkenswerth und für die organisch krankhafte Natur dieser psychischen Umwandlung bezeichnend, dass diese Charakteränderung in gleicher Weise - und gleich unaufhaltsam - in der liebevollen Pflege des Elternhauses, wie unter der rationellen und consequenten Erziehung der Anstalt, oder in den kümmerlichen Verhältnissen des Proletariers sich vollziehen kann.
> ...
> Im Speciellen lässt sich eine schwerere und eine leichtere Form des epileptischen Charakters unterscheiden. Die erstere entwickelt sich in der oben bezeichneten Richtung des Verkümmerns und endlichen Untergangs der altruistischen Gefühle weiter bis zu den Höhegraden der Moral Insanity; aus ihr wachsen später die gefährlichen Epileptiker auf. Die zweite bleibt zunächst auf der Consolidirung einer mürrischen, misstrauischen Stimmungsgrundlage stehen, und bewahrt neben krankhaften Antipathieen ein sonst gutmütthiges Wesen. In der Folge fallen aber die Träger einem Beachtungswahn anheim (Verspottung durch Andere); sie werden unsocial und nicht selten brutal gewaltthätig. Die dadurch ent-

stenden Misshelligkeiten, verbunden mit der krankhaften Unfähigkeit sich consequent zu beschäftigen, machen die Kranken arbeitsscheu und führen Viele dem Vagantenthum zu. So entstehen die 'epileptischen Bummler'".[28]

Die 'Allgemeine Psychopathologie' von Herrmann Emminghaus (1845-1904), als das zweite der zu besprechenden Lehrbücher, erschien 1878. Auch dieses Werk wurde von Jaspers in seiner Bedeutung für die psychiatrische Theoriebildung eingehend gewürdigt.[29] Emminghaus' Darstellung der speziellen Psychopathologie bei Epilepsie unterschied sich kaum von der Schüles. Die von ihm verbreitete Vorstellung vom 'typischen Epileptiker' war ebenfalls von moralischen Bewertungen durchsetzt.

"Die habituellen 'Charaktereigenthümlichkeiten' (caractère épileptique) bilden nach Morel, Falret, Sander, Leidesdorf, Samt u.A. mürrisches furchtsames Wesen, selbstquälerische, hypochondrische Gedanken, dabei Reizbarkeit, Streitsucht, starres Festhalten an eigenen Ideen, Unfähigkeit sich in gegebene Verhältnisse zu finden, Jähzorn, womit zu anderen Zeiten wieder Heiterkeit, Freundlichkeit, Liebenswürdigkeit, Folgsamkeit, Schmeichelei contrastiren, wie überhaupt unmotivirter Stimmungswechsel sammt Folgen im einzelnen Falle fast immer scharf hervortritt. Uebertreibung geistiger und körperlicher Arbeit, aber auch Trägheit und Arbeitsscheu, Neigung zu weitgehenden Excessen aller Art und wieder zu unvernünftiger Askese, überspannte Frömmelei, religiöse Schwärmerei wie Missachtung aller religiösen, moralischen Gebote werden ebenfalls von den genannten Forschern als epileptische Charaktereigenthümlichkeiten bezeichnet. Die Aeusserungen von Eitelkeit, die Ueberschätzung der intellectuellen und körperlichen Gaben der eigenen Person wie der Angehörigen (Familienlobreden Samt), der materiellen Verhältnisse und die tieferen moralischen Defecte, Heimtücke, Sucht zu lügen, zu verläumden, Stehlsucht u.s.w. müssen entschieden schon als Zeichen tiefer gehender Anomalien betrachtet werden.
Epileptisch-psychische Degeneration gibt sich zum Theil in den zuletzt erwähnten Erscheinungen zu erkennen. Dazu kommen noch als wesentliche Elemente leise beginnende aber stetig wachsende Schwäche des Gedächtnisses, der Apperception, der Phantasie, der Association und Combination, ästhetische, ge-

müthliche und moralische Stumpfheit und Perversität, die sich namentlich in Brutalität, gieriger Grausamkeit, excessiver Zerstörungssucht offenbart. Nach und nach kann der Degenerationsprocess alle Stufen des intellectuellen mit Gefühls-Idiotismus verbundenen Schwachsinns bis zum completen Blödsinn und absolutem Mangel aller höheren Gefühle durchlaufen; bis zuletzt aber bleiben egoistische Reizbarkeit, Neigung zu heftigen Affecten, zu Wuth, extreme Gewaltthätigkeit und Bestialität, instinktive Bosheit fortbestehen."[30]

Aus der von A.Hoche verfaßten Kurzbiographie von H.Emminghaus ist zu schließen, daß er seine 'Allgemeine Psychopathologie' ohne nennenswerte eigene klinische Erfahrungen in der Psychiatrie verfaßt hat.[31] Auch die wiederholten Verweise im Text selbst sprechen dafür, daß es sich dabei um das Ergebnis vorwiegend literarischer Studien handelte.

1879 schließlich wurde mit dem 'Lehrbuch der Psychiatrie' von Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) das dritte der genannten Standardwerke veröffentlicht. Seine immense Verbreitung spricht für sich selbst: bis 1897 hatte es bereits sechs Auflagen erreicht, sodaß es zur Grundlektüre einiger Psychiater-Generationen der damaligen Zeit gerechnet werden darf. Darin rechnete Krafft-Ebing, Anstaltspsychiater wie sein Freund H.Schüle, zu den Merkmalen des 'epileptischen Charakters'

"zunächst eine abnorme Gemüthsreizbarkeit, ein launisches, in Extremen zwischen psychischer Depression (Morosität, hypochondrische Verstimmung mit und ohne Zwangsvorstellungen, geistige Apathie, Abspannung, Befangenheit bis zur Angst bei ganz gleichgiltigen Handlungen, Verstimmung, Ängstlichkeit) und zwischen Exaltation mit krankhaft gesteigertem Wollen sich bewegendes, vorwiegend aber misstrauisches verschlossenes düsteres bizarres, unbegreifliches hämisches verletzliches eigensinniges Wesen, das hartköpfig ist im Festhalten eigener Ideen, unfähig erscheint sich in die gegebenen Verhältnisse loyal zu schicken und die Kranken in der Rolle von Haustyrannen, Misanthropen, unzuverlässigen Freunden erscheinen lässt.
Bei vielen Epileptikern zeigt sich auch ein Zug von Bigotterie in ihrem Charakter, eine pathologi-

sche Religiosität, ein kopfhängerisches, muckerisches Wesen, das, je nachdem der Kranke exaltirt oder deprimirt ist, in religiöser Gehobenheit oder Zerknirschung sich äussert. Diese Bigotterie und Duldermiene steht in wunderlichem Gegensatz zu der Reizbarkeit, Unverträglichkeit, Brutalität und moralischen Defektuosität dieser 'armen Epileptiker, welche das Gebetbuch in der Tasche, den lieben Gott auf der Zunge und den Ausbund von Canaillerie im Leibe tragen' (Samt)".[32]

Diesen drei Standardwerken war gemeinsam, daß sie im wesentlichen eine bloße Aufzählung von Eigenschaften beinhalteten, die Wissenschaftlichkeit beanspruchten und gleichzeitig eine offenkundige Geringschätzigkeit ausdrückten. Die psychischen Besonderheiten von Epilepsiekranken zwischen den Anfällen wurden immer fragloser und ausschließlicher auf die Grundkrankheit zurückgeführt. Der 'epileptische Charakter' stelle zwar keine zwangsläufige, aber eine typische und unmittelbare Wirkung des Krampfleidens dar und sei durch seine klar definierbaren Merkmale eindeutig von anderen Krankheitsbildern abgrenzbar. Die Umwandlung in ein spezifisches Konstrukt mit allgemein anerkannter Plausibilität erfolgte schleichend und gewissermaßen zwischen den Zeilen. Was anwuchs lag weniger in der Stimmigkeit begründet, als in der Ausstrahlung von Wissenschaftlichkeit.

Es fällt auf, daß die Autoren mit austauschbaren, sich bis in einzelne Formulierungen wiederholenden Aussagen (z.B. 'die Unfähigkeit, sich loyal in gegebene Verhältnisse zu schicken') operierten und darauf verzichteten, deren Schlüssigkeit zu diskutieren. Es blieb unklar, von welchen empirischen Grundlagen sie ausgingen. Bestanden die Texte vorrangig aus der Wiedergabe der Auffassungen anderer Autoren, wie offenbar bei H.Emminghaus? In welchem Maß gingen auch eigene Beobachtungen und Erfahrungen ein, die über die Stufe naiver und unkontrollierter Empirie hinausreichten? Zu vermuten steht, daß es sich um ein diffuses Gemisch psychiatrischer Überlieferungen, eigener

Erfahrungen und Schlußfolgerungen handelte, das einer kritischen Reflexion offensichtlich weder bedurfte noch zugänglich war. Es stützte sich auf die wissenschaftliche Autorität der Verfasser selbst und auf die geborgte Autorität anderer Autoren.

4.3 Entwicklung zur psychiatrischen Stereotypie

In der zur universitären Disziplin avancierten Psychiatrie wurden, wie es scheint, nicht-kontrovers behandelte Themenbereiche mit Befriedigung und Stolz vermerkt. Das Selbstbewußtsein und die gesellschaftliche Rolle dieser neuen Wissenschaft hing naturgemäß auch von der Ausweisbarkeit ihrer wissenschaftlichen Kompetenz ab.

In dieser Situation mußte die im wesentlichen übereinstimmende Darstellung des 'epileptischen Charakters' durch die maßgeblichen Autoren der vorkraepelinschen Zeit den Eindruck erwecken, daß dieses als Lehrmeinung institutionalisierte Konstrukt in seiner Stimmigkeit weitgehend gesichert sei; dies umso mehr, als die Ungeklärtheit zahlreicher anderer Problemfelder die Aufmerksamkeit der psychiatrischen Forschung und Theoriebildung mit größerer Dringlichkeit beanspruchte.

So ist festzustellen, daß in der Flut von Lehr- und Handbüchern der folgenden Jahrzehnte das Konstrukt des 'epileptischen Charakters' von einem Autor zum anderen nahezu unverändert weitergereicht wurde. Eine sicherlich unvollständige Liste von Lehr- und Handbüchern, Einführungen, Kompendien und Leitfäden, die den 'epileptischen Charakter' als einen selbstverständlichen Bestandteil des Lehrgebäudes auswiesen und sich seiner kritischen Überprüfung fast durchgängig mittels Zitation entzogen, umfaßt für den Zeit-

raum von 1880 bis 1920 über dreißig Publikationen, wenn man die verschiedenen Auflagen einbezieht.[33] Durch diesen ebenso inflationären wie affirmativen Umgang mit dem 'epileptischen Charakter' verwandelte er sich vollends in eine Stereotypie, deren Fragwürdigkeit hinter ihrer Geläufigkeit verschwand.[34]

Der reale Stand der Theoriebildung und ihr Anspruch, die eigene Stimmigkeit ausgewiesen zu haben, klafften zusehends auseinander. Drastisch ausgedrückt, könnte man von 'Wissenschaftlichkeit' suggerierenden Multiplikatoren des Vorurteils sprechen, das aus der methodologisch unkontrollierten Transformation unmittelbarer Beobachtungs- und Erfahrungswerte in scheinbar gesichertes Objektwissen herrührte. Daß die Vorstellungen über Epilepsiekranke in der breiten Öffentlichkeit davon nicht unberührt blieben, liegt auf der Hand. Fortan konnte als psychiatrisch erwiesen gelten, daß Anfallskranke vielfach als charakterlich minderwertig, als unangenehme, ja unheimliche Geisteskranke zu betrachten waren, als mürrisch-streitsüchtige Sonderlinge, deren Verstimmbarkeit, Bizarrerien, Bigotterie, Arbeitsscheu, Reizbarkeit, Rücksichtslosigkeit, Gewalttätigkeit und Brutalität die Regeln bürgerlichen Umgangs auf das Gröbste mißachteten und durch die ihnen eigene Unberechenbarkeit ihre Umgebung zu steter Wachsamkeit und Vorsicht gemahnten. Ihre vermeintliche Gefährlichkeit konnte so weit gehen, daß sie sich in ihrer latenten Bestialität unversehens zu gieriger Grausamkeit und hemmungsloser Zerstörungssucht hinreißen ließen.

Damit hatte sich die allgemein-psychiatrische Sichtweise in eine überraschende Übereinstimmung mit den forensisch-psychiatrischen Auffassungen gebracht, die ungefähr ein halbes Jahrhundert zuvor unter anderen Auspizien entwickelt worden waren. Die nun sozusagen von einer ganzen Wissenschaft in Umlauf gesetzten Vorstellungen über Epileptische erweiterten

und spezifizierten noch den schon vorhandenen Negativkatalog von Stigmatisierung und Dämonisierung. Lombrosos absurde Gleichsetzung von Epilepsie und Verbrechen war so gesehen durchaus kein grotesker Einzelfall, sondern die extrem vereinfachte und überspitzte Kurzformel der vorherrschenden psychiatrischen Lehre.

Was nun auf der anderen Seite die hospitalisierten Epileptiker selbst darboten und was davon durch die Behandlung bzw. den Umgang innerhalb und außerhalb der Anstalten mitbedingt wurde, läßt sich bei dem gegenwärtigen Forschungsstand nur provisorisch bestimmen; darauf ist weiter unten (S.145 ff) zurückzukommen.

5 ASPEKTE DER INHALTSSTRUKTUR

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten eine theoriegeschichtliche Bestandsaufnahme vorgenommen wurde, um zunächst die Entstehung des 'epileptischen Charakters' nachzuvollziehen, besteht die Aufgabe des nun folgenden Teils darin, einige Entwicklungsaspekte der inhaltlichen Feinstruktur einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Dabei handelt es sich zum einen darum, quantitative und qualitative Verschiebungen der semasiologischen Struktur deutlicher herauszuarbeiten. Zu diesem Zweck werden die von den verschiedenen Autoren genannten Bestandteile des 'epileptischen Charakters' sortiert und in der Form semantischer Komplexe angeordnet sowie mit jeweils drei Gewichtungsstufen versehen. Graphisch dargestellt läßt das dabei entstehende chronologische Bedeutungsprofil aufschlußreiche Sinnverschiebungen in der Zusammensetzung des 'epileptischen Charakters' erkennen.

Zum anderen ist die das Konstrukt bestimmende 'Erkenntnislogik' herauszupräparieren. Es ist nach seinen spezifischen Argumentationsmustern, Implikationen und Schlußfolgerungen zu fragen, nach der inneren Folgerichtigkeit seines gedanklichen Gerüsts. In diesen Zusammenhang gehört auch der Prozeß der allmählichen Verdichtung zum Konstrukt; welchen Weg hatte es durchlaufen, als es trotz seiner Inkohärenz zu einer feststehenden Redewendung der psychiatrischen Sprache geworden war?

5.1 Bedeutungsprofil

Die im Lauf der psychiatrisch-epileptologischen Theoriebildung von den verschiedenen Autoren genannten

Spezifika des 'epileptischen Charakters' lassen sich als semantische Komplexe anordnen. Die hier entstehende Gesamtzahl von 16 Komplexen hat natürlich etwas Zufälliges; es hätten auch 15 oder 18 sein können, doch darauf kommt es nicht an, denn die heuristische Aussagekraft des Gesamtprofils wird dadurch nicht berührt. So werden einige semantische Komplexe nicht berücksichtigt, die nur vereinzelt genannt wurden, sich also nicht zu einem Bestandteil des Konstrukts verallgemeinern konnten, wie z.B. die 'Bizarrerien' von J.Falret bzw. von R. von Krafft-Ebing oder die 'Schlauheit'/'List' von E.Platner, J.Falret und W.Sander. Nach oben wird die Zahl der Komplexe durch die notwendige Übersichtlichkeit begrenzt, nach unten durch den erforderlichen Differenzierungsgrad. Im Einzelfall sind, wie bei jeder Typisierung, Überschneidungen und mangelnde Trennschärfe der z.T. dicht beieinander liegenden Komplexe, also auch fragliche Zuordnungen, nicht auszuschließen. In dieser Schwierigkeit aktualisiert sich die häufig nicht ausreichend geklärte Verwendung der einzelnen Kategorien bei den jeweiligen Autoren.

Einschränkend ist weiter darauf hinzuweisen, daß streng genommen eine direkte Vergleichbarkeit der unter gleichen bzw. einander entsprechenden Bezeichnungen verstandenen Inhalte über die Zeitspanne von annähernd hundert Jahren nicht ohne weiteres möglich ist. Dies trifft in besonderer Weise auf die 'Manie' zu, die in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts von einigen Autoren angeführt wurde. Es versteht sich von selbst, daß sich ihre spezifische Bedeutung zu der damaligen Zeit nicht aus der Theorie der 'endogenen Depression' ableitete. Ihr ursprüngliches Bedeutungsspektrum war weniger abgegrenzt und schwankte zwischen einem unspezifischen Synonym für Verrücktheit, Narrheit, Wahnsinn, Irresein und der Kennzeichnung einer besonderen Form der Verrücktheit, bei der Raserei und

Tobsucht im Vordergrund des Erscheinungsbildes standen.[1] Damit stand die 'Manie' begrifflich zwischen Wahnsinn und Zornmütigkeit. Da die Autoren keine eindeutige Verwendung erkennen lassen und der inhaltlichen Differenz der in Frage kommenden Bedeutungen aus damaliger Sicht kein gesteigerter Wert beigemessen wurde, figuriert die 'Manie' hier nicht als eigenständiger Komplex.

Die semantischen Komplexe werden je nach Nennungshäufigkeit und Gewichtung durch den jeweiligen Autor in eine dreistufige Rangskala einsortiert:

a. Merkmale 1. Ranges haben die Wertigkeit eines zentralen Merkmals, erkennbar an Nennungshäufigkeit bzw. gewichtenden Beifügungen, graphisch dargestellt als (▌);
b. Merkmale 2. Ranges kommt ein besonders hervorgehobener Status zu, wiederum erkennbar an Nennungshäufigkeit bzw. gewichtenden Beifügungen (▌);
c. Merkmale 3. Ranges sind nicht besonders hervorgehobene, also Merkmale unter anderen (■).

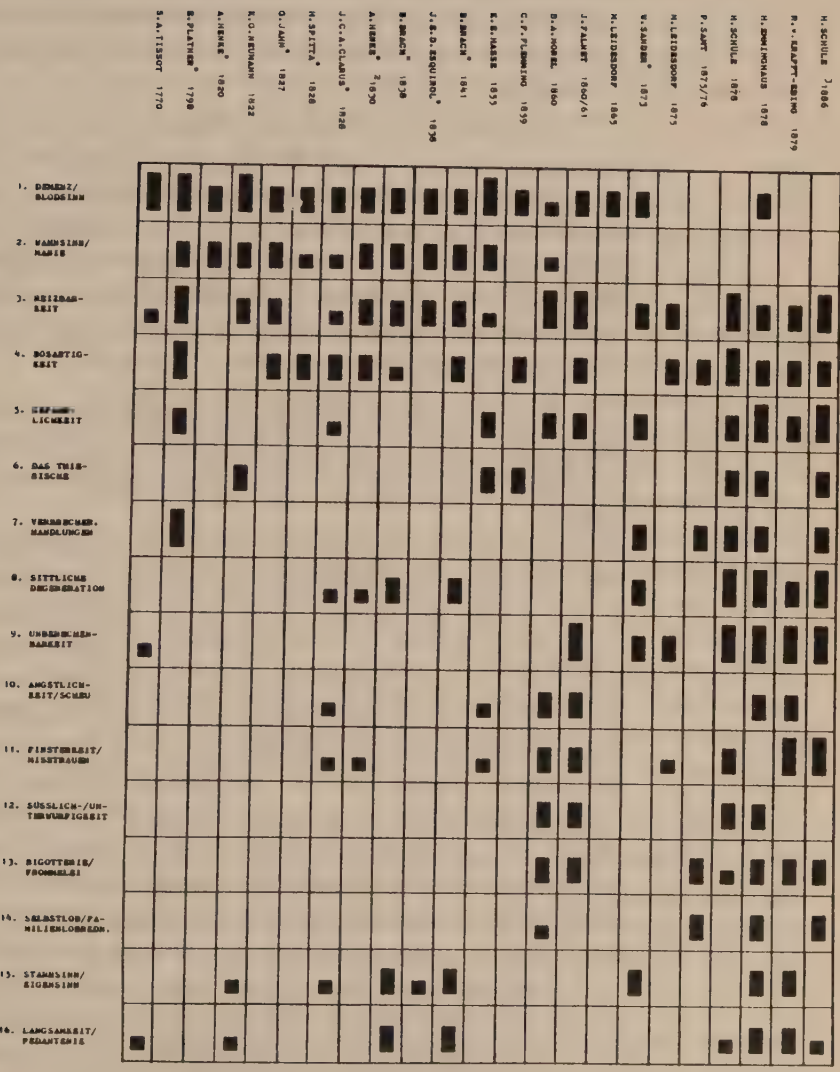
Die Zuordnung zu den Rangstufen erfolgt nicht streng wörtlich, sondern, wo dadurch Verzerrungen durch unangemessene Linearität zu vermeiden sind, auch dem Sinnzusammenhang entsprechend. Wo einzelne Autoren, z.B. A.Henke oder G.Jahn, keine differentielle Gewichtung der von ihnen genannten Merkmale erkennen lassen, werden die Nennungen als gleichrangig aufgefaßt und der mittleren Gewichtungsstufe zugeordnet.

Die 16 semantischen Komplexe lauten:

1. Demenz; Blödsinn; Apathie; Stumpfheit; Gedächtnisschwäche
2. Wahnsinn; Narrheit; Irresein; Verrücktheit; Manie; Tobsucht
3. Reizbarkeit; Zornmütigkeit; Jähzorn; Heftigkeit
4. Bösartigkeit; Tücke; Rachsucht; Gehässigkeit; Groll; Canaillerie; Verleumdungen
5. Gefährlichkeit; Gewalttätigkeit; Brutalität

6. das Thierische; Geilheit; Gier; Gefräßigkeit; das Triebartige
7. Neigung zu verbrecherischen, asozialen, perversen Handlungen, zum Stehlen, Betteln, Vagabundieren; Arbeitsscheu
8. sittliche Degeneration; Egoismus; Rücksichtslosigkeit; Mangel an sittlichen Gefühlen
9. Unberechenbarkeit; Neigung zu extremen Schwankungen; Launenhaftigkeit
10. Ängstlichkeit; Scheu; Hypochondrie
11. Finsterkeit; mürrisches Wesen; Streitsucht; Verstimmbarkeit; Mißtrauen; Bitterkeit
12. Süßlichkeit; Unterwürfigkeit; schmeichlerisches, kriecherisches Wesen; Aufdringlichkeit
13. Bigotterie; Frömmelei
14. Selbstlob; Selbstgerechtigkeit; Familienlobrednerei
15. Starrsinn; Eigensinn
16. Langsamkeit; Pedanterie; Umständlichkeit; Einseitigkeit; Schwerfälligkeit

Zur Orientierung sind die gerichtsmedizinisch bestimmten Publikationen gekennzeichnet (*).


H.SCHÜLE]1886
R.v.KRAFFT-EBING 1879
H.EMMINGHAUS 1878
H.SCHÜLE 1878
P.SANT 1873/74
M.LEIDESDORF 1873
W.SANDER* 1873
M.LEIDESDORF 1865
J.FALRET 1860/61
D.A.MOREL 1860
C.F.FLEMMING 1859
E.B.HASSE 1855
B.BRACH* 1841
J.G.D.ESQUIROL* 1838
B.BRACH* 1838
A.HERES* ²1830
J.C.A.CLARUS* 1828
H.SPITTA* 1828
O.JAHN* 1827
R.O.NEUMANN 1822
A.HENKE* 1820
E.PLATNER* 1798
S.A.TISSOT 1770
1. DEMENZ/ BLÖDSINN
2. WAHNSINN/ MANIE
3. REIZBARKEIT
4. BOSARTIGKEIT
5. REFLEXIONSLOSIGKEIT
6. DAS TRIEBISCHE
7. VERBRECHERISCHE HANDLUNGEN
8. SITTLICHE DEGENERATION
9. UNBESONNENHEIT
10. ÄNGSTLICHKEIT/SCHEU
11. FEIGHERZIGKEIT/ MISSTRAUEN
12. SÜSSLICH-/UNTERWÜRFIGKEIT
13. BIGOTTERIE/ FROMMELEI
14. SELBSTLOB/FAMILIENLOBEREI
15. STAMMSINN/ EIGENSINN
16. LANGSAMKEIT/ PEDANTERIE

5.2 Entwicklungslinien I: Ausweitung

Zunächst fällt eine diskontinuierlich zunehmende Tendenz zur quantitativen Ausweitung des Bedeutungsspektrums auf, wenngleich einzelne Bestandteile allmählich abgetrennt wurden resp. in neu hinzukommenden aufgingen.

Während die Autoren bis 1859 (Tissot bis Flemming) durchschnittlich 5 der 16 Komplexe anführten, wobei Clarus mit 9 herausragte, waren es nach 1860 (Morel bis Schüle) durchschnittlich 8; dabei bezogen die Lehrbuchautoren bis zu 14 Komplexe (bezeichnenderweise Emminghaus in seiner Literaturarbeit, bei Krafft-Ebing: 10, bei Schüle: 11) ein. Worauf ist diese Entwicklung zurückzuführen?

Zwei zusammenhängende Bewegungsmomente sind zu betrachten. Sie sind im gemeinsamen Prozeß der die Psychiatrie umwälzenden Verwissenschaftlichung verbunden.

a. Die Etablierung der klinischen Beobachtung wurde möglich durch die Etablierung eines neuen Typus' von Institution. Das antiquierte Asyl, Verwahrungsort eines gesellschaftlichen Sammelsuriums von Krüppeln, Bettlern, Irren, Findelkindern, kurz: Deklassierten jeder Art, wurde abgelöst durch eine ganze Reihe von Institutionen höherer Spezialisierung bzw. Arbeitsteiligkeit. Dabei bildete die Modernisierung und Ausdifferenzierung der staatlichen Macht- und Ordnungsmittel den allgemeinen Rahmen; unter einem gewaltigen Institutionalisierungsschub wurden die Sektoren des staatlichen Apparats, hier des Irren-, Wohlfahrts- und Gesundheitswesens, neu angeordnet und ihre inneren Strukturen der neuen Rollenverteilung anzupassen versucht. Für den Bereich des Irrenwesens diente die Klinik als Modell; die herbeigeführte Kreuzung von Asyl und Klinik wurde ausgestattet mit einer medizi-

nalisierten inneren Verfassung, neuen Anstaltstechniken und dem Anspruch nach therapeutisch-wissenschaftlicher Fachlichkeit. Diesen Anspruch einzulösen, setzte allerdings wenigstens exaktere Kenntnisse der Krankheitserscheinungen und -ursachen voraus; dazu war eine neuartige Verbindung beider Elemente erforderlich: der medizinische und der (natur-) wissenschaftliche Ansatz addierten sich zur klinischen Beobachtung.

Die Zusammenfassung der Irren in speziellen Kliniken, sowie deren bessere räumliche und personelle Ausstattung boten willkommene Ansatzpunkte, die es der Psychiatrie ermöglichten, sich auch in ihren Forschungssektoren den neuen medizinischen Fortschrittskriterien anzugleichen, was bedeutete, die sich verfeinernden naturwissenschaftlichen Methoden zu adaptieren. Die umfassend und akkurat betriebene klinische Beobachtung wurde zu einer bedeutsamen Triebfeder der Verwissenschaftlichung. Sie zog den Forschungseifer der jungen Disziplin auf sich und gab, im Unterschied zu manchen therapeutischen Bemühungen, Anlaß zu Optimismus und Fortschrittsbeschwörungen. So konnte es nicht ausbleiben, daß auch die Epilepsie zum Gegenstand ausgedehnter klinischer Beobachtung und einer wachsenden Zahl von Publikationen wurde, die bis in die Verästelungen des 'epileptischen Charakters' neue bzw. detailliertere Anschauungen in Umlauf setzten.

b. Dieser Mechanismus des Sammelns und Austauschens von wissenschaftlichen Aussagen spezifiziert das zweite Moment, das mehr die internen Bedingungen der Verwissenschaftlichung betrifft. Die im Abstand von zehn Jahren erfolgten Publikationen von A.Henke (1820/30) veranschaulichen, was gemeint ist.

Im Jahr 1820 hatte Henke in der ersten Ausgabe seiner 'Abhandlungen aus dem Gebiet der gerichtlichen Medizin' lediglich 'Wahnsinn' und 'Blödsinn' als Fol-

ge von Epilepsie angeführt.[2] Vor der zweiten Ausgabe im Jahr 1830 erschienen 1827 und 1828 die Gutachten von G.Jahn und H.Spitta in der von Henke selbst herausgegebenen 'Zeitschrift für die Staatsarzneikunde', vor allem aber die 'Beiträge zur Erkenntnis und Beurtheilung zweifelhafter Seelenzustände' von J.C.A.Clarus, der sich damit als potenter Kritiker von Platner und Henke profilierte. In der zweiten Ausgabe fügte Henke nun in der Auseinandersetzung mit Clarus, dessen scharfsinnige Argumentation ihm offenbar zusetzte, zu 'Wahnsinn' und 'Blödsinn' vier der sieben Komplexe hinzu, die Clarus genannt hatte und damit über Henkes Anschauungen von 1820 hinausgegangen war ('Reizbarkeit'/'Zornmüthigkeit'; 'Groll'/'Rachsucht'; 'Abstumpfung des sittlichen Gefühls'; 'Misstrauen'). Es scheint, als habe Henke in dem Bestreben, seine Position gegen die Einwände von Clarus zu verteidigen und durch Vollständigkeit bzw. Breite der Argumente abzusichern, sich dem Standpunkt seines Widersachers angenähert.

Dieser nahezu selbsttätig erscheinende Ablauf der Zitation und Inkorporation, der additiven Anhäufung der unterschiedlichen Merkmale aus den bereits vorhandenen Publikationen, war bestimmt von dem Bemühen, den Kenntnisstand der aufstrebenden Wissenschaft möglichst vollständig zu dokumentieren; dem entsprach im Bereich des persönlichen Fortkommens das Bestreben, das eigene wissenschaftliche Ansehen zu vermehren.[3] Auf den entgegengesetzten Prozeß, nämlich die kritische Reflexion oder gar Zurückweisung angegebener Merkmale, findet sich kein Hinweis.

Eine der Weitergabe von Zitaten vorausgehende Überprüfung der Frage, worauf die jeweiligen Urheber ihre Aussagen gestützt hatten, fand offenbar nicht statt.[4] Der Mechanismus der fließenden Urheberschaft ließ immer weniger erkennen, wer zitiert hatte, wer

inkorporiert, wer modifiziert hatte, wer der eigentliche Urheber bestimmter Aussagen gewesen war. Die Äußerungen zu unserem Thema wurden, wie es scheint, zunächst einmal mit einem kollegialen Vertrauens-Vorschuß bedacht und als Bereicherung der eigenen Wissenschaft aufgefaßt. Diese Begleitumstände der Wissensproduktion einer jungen Disziplin sind natürlich keineswegs spezifisch für die Psychiatrie; das ändert freilich nichts an ihrem affirmativen Einfluß auf die psychiatrische Theoriebildung.

Nicht zuletzt trug auch die Epilepsie selbst durch ihre Vielgestaltigkeit und Rätselhaftigkeit dazu bei, Spekulationen und Mystifikationen auf sich zu ziehen, für die es bekanntlich eine Vielzahl von historischen Beispielen gibt. Herrmann Beigel, Arzt und Übersetzer der Monographie von John Russel Reynolds über die Epilepsie aus dem Jahr 1865, hatte sich als gewissermaßen Außenstehender eine nüchterne Distanz zu ungesicherten Aussagen zu eigen gemacht; ein wichtiger Grund dafür mag darin gelegen haben, daß er kein psychiatrischer 'Experte' war und den fachspezifischen Prägungen der beruflichen und kognitiven Sozialisation nicht ausgesetzt war.

> "In keinem Gebiete der medicinischen Literatur finden wir, trotz der bereits begonnenen Klärung der Ansichten und grösserer Präcisirung der Begriffe, eine solche Verwirrung und ein solches vages Anwenden von Namen und Bezeichnungen, als in dem Bereiche der Nervenkrankheiten, und ein geistreicher Lehrer, der mein klinischer Führer war, hatte Recht, wenn er satyrisch sagt: Was man nicht diagnosticiren kann, Das sieht man als Neurose an. Dass diese Confusion in der Epilepsie kulminirt, liegt in der Natur der Erkrankung, in der Art und Weise, wie sie in Erscheinung tritt, und wie Publikum und Aerzte sich zu derselben verhalten.
> ...
> So wimmelt denn die Literatur der Epilepsie von unrichtigen Thatsachen, falschen Vorstellungen, verkehrten Auffassungen und irrigen Ansichten, welche den Arzt mit Grauen auf den 'Morbus sacer', wie auf ein bezaubertes Schloss blicken lassen, das man kaum zu berühren wagen, und vor welchem

sich nur der Zweifel darüber breit machen darf, ob jemals die Zauberformel gefunden werden wird, um den Bann zu lösen.
Daher hat man aufs Gerathewohl Alles, was zwischen Himmel und Erde an Heilmitteln hat aufgefunden werden können, angewandt, um die 'fallende Sucht' zu heilen, und von jedem dieser Mittel werden Heilungen und misslungene Kuren berichtet.
In keiner Krankheit konnte sich die Unwissenschaftlichkeit breiter machen, die Charlatanerie wohler fühlen, die 'klugen Frauen', Schäfer, Besprecher durch Zauberformeln anmassender sein als in der Epilepsie ..."[5]

So verwundert es nicht, daß man auch im Zusammenhang mit den Phänomenen von Epilepsie kaum etwas für sicher ausschließbar halten konnte. A.Portal z.B. hatte 1828 davon gesprochen, daß "manche Personen, die man für dumm und beschränkt halten mußte, kürzere oder längere Zeit, nachdem sie epileptische Anfälle bekommen hatten, geistreicher als vorher geschienen haben ..."[6] Kaum ein Autor hätte es wohl wagen können, dezidierte Aussagen anderer Autoren zurückzuweisen, ohne sich dem Vorwurf auszusetzen, daß er die neuen Methoden der Beobachtung und Auswertung klinischer Daten nicht beherrsche, ja, sich gegen den Fortschritt der eigenen Wissenschaft stellen würde.

5.3 Entwicklungslinien II: Verschiebungen

Aus dem Bedeutungsprofil läßt sich eine ganze Reihe von inhaltlichen Umgestaltungen ablesen.

a. Der wichtigste Bestandteil der traditionellen Anschauungen über die Folgen von Epilepsie, die 'Demenz' bzw. der 'Blödsinn', wurde mit dem Aufkommen des Charakter-Begriffs abgetrennt und zu einem separaten Folgezustand erklärt. Mehr und mehr setzte sich eine Phaseneinteilung durch, ähnlich wie sie Morel vorgeschlagen hatte. An den Anfang wurden die einsetzenden Anfälle und diskrete Veränderungen der Persönlichkeit gesetzt; in die Mitte weiterreichende, vorwiegend den

Charakter betreffende Anomalien, die die Intelligenz vollkommen unberührt lassen konnte, und an das Ende die mehr oder weniger unausweichliche 'Demenz'; das irgendwo dazwischen zu erwartende 'epileptische Irresein' wurde in seinem Auftreten für variabel gehalten. Dementsprechend konnte also die 'Demenz' nicht länger den charakterlichen Veränderungen zugerechnet werden. Beibehalten wurden hingegen die Merkmale 'Langsamkeit', 'Umständlichkeit', 'Pedanterie', 'Schwerfälligkeit', die als charakterliche Vorstufen bzw. Varianten der späteren Demenz galten.

b. Noch vor der 'Demenz' wurde der 'Wahnsinn' bzw. die 'Manie' vom 'epileptischen Charakter' abgekoppelt und weitgehend dem Anfallsgeschehen zugeordnet. Unter der Bezeichnung 'epileptisches Irresein' wurde in Anlehnung an französische Autoren, die von 'folie épileptique' gesprochen hatten, Epilepsie und Geisteskrankheit auch begrifflich verknüpft. In den siebziger und achtziger Jahren richteten sich die psychiatrisch-epileptologischen Forschungsanstrengungen besonders auf dieses in Deutschland noch brachliegende Feld. In Samts kategorialer Untergliederung der Erscheinungsformen von Epilepsie nahm es 6 der 12 Positionen ein, neben 4 Anfallsarten, der 'Demenz' und den 'habituellen epileptischen Charactereigenthümlichkeiten'.[7]

Diesem schier unerschöpflichen Thema[8] widmeten sich außerdem speziell die Arbeiten von J.Weiss[9], R. von Krafft-Ebing[10], Gerlach[11], W.Sommer[12], R.Gnauck[13], F.Fischer[14], L.Greppin[15], P.Vejas[16] etc. Bei H.Schüle waren es 1886 mittlerweile 8 Formen, aus denen sich das 'epileptische Irresein' zusammensetzte.[17] Demgegenüber wurde der 'epileptische Charakter' für nicht weiter klärungsbedürftig erachtet und in der Gestalt eines festen Bestandteils des psychiatrischen Inventars weitergereicht.

c. Nachdem damit die nicht in ein Charakter-Konzept, das die Persönlichkeitsbereiche im Vorfeld von 'Demenz' und 'Wahnsinn' erfassen sollte, passenden Merkmale herausgelöst worden waren, konnten die verbliebenen Bestandteile in das neue Konzept eingehen: die 'Reizbarkeit', die als klassisches Merkmal das gesamte Jahrhundert durchzog, und die 'Bösartigkeit', die fast nahtlos von der gerichtsmedizinischen auf die allgemein-psychiatrische Sichtweise überging.

d. Zur Dämonisierung vermittels der Zuschreibung von 'Bösartigkeit' trat seit den fünfziger Jahren verstärkt die 'Gefährlichkeit' hinzu; sozusagen als klinische Entsprechung der 'Gefährlichkeit'/'Bestialität' wurde 'das Thierische'/'das Triebartige' als Charakterzug von Epileptischen herausgestellt.

e. Das Merkmal 'Neigung zu verbrecherischen Handlungen' verweist durch die Paradoxie, die in den Umständen seiner Nennung liegt, wiederum auf das eigentümliche Verhältnis von forensischer und klinischer Psychiatrie. Während es bis 1850 in den ausdrücklich auf seinen Kontext bezogenen, gerichtsmedizinischen Publikationen nur bei E.Platner als eigenständiges Merkmal auftauchte, erlangte es seit den siebziger Jahren diesen Rang in den allgemein-psychiatrischen Arbeiten, die ja gerade nicht durch diese besondere Perspektive bestimmt waren.

Diese fünf genannten Merkmalskomplexe ('Reizbarkeit', 'Bösartigkeit', 'Gefährlichkeit', 'das Thierische/Triebartige', 'Neigung zu verbrecherischen Handlungen') lassen sich modellhaft als 'harte' Schiene der dämonisierenden Beschreibung der charakterlichen Matrix von Anfallskranken zusammenfassen.

f. Im Rahmen der Verwissenschaftlichung wurde diese 'harte' Schiene teils ergänzt, teils überlagert durch eine 'weiche' Schiene der Dämonisierung und Stigmatisierung, deren Leitmotiv durch die 'sittliche Degene-

ration' verkörpert wurde. Unter den Bezeichnungen 'untheilnehmend gegen andere', 'gleichgültig gegen allgemeines und höheres Interesse' (Clarus), 'Abstumpfung des sittlichen Gefühls' (Henke), 'Gefühllosigkeit', 'Neid', 'Mangel an den edleren menschlichen Gefühlen' (Brach) schon seit den zwanziger Jahren sinngemäß im Umlauf, wurde sie 1873 von W.Sander wieder aufgenommen. Die Lehrbücher von Schüle, Emminghaus und Krafft-Ebing schließlich griffen Morels Degenerations-Begriff unmittelbar auf, den dieser im Zusammenhang mit dem 'caractère épileptique' allerdings garnicht direkt erwähnt hatte. Sie verwendeten ihn in unterschiedlichen Varianten (Schüle: 'sittliche Degeneration', Emminghaus und Krafft-Ebing: 'psychische Degeneration'), die im wesentlichen dasselbe meinten. Gegenüber Morels Degenerations-Begriff[18] bedeutete dieser Gebrauch eine pragmatische Individualisierung und Verflachung. In dieser Form bot er sich geradezu dafür an, mit dem Charakter-Konzept verknüpft und auf Anfallskranke angewendet zu werden, zumal er als Schlüsselbegriff einer aufkommenden Theorie für den Fortschritt des psychiatrischen Denkens stehen konnte.

g. 'Unberechenbarkeit' und 'Stimmungsschwankungen' wurden von J.Falret im Jahr 1860 als zentrale Merkmale eingeführt und erlangten auch in der deutschen Lehrmeinung diesen Status; unbeschadet ihrer möglichen Faktizität vielleicht auch deshalb, weil sie sich als Integrationskonzept anboten. Wenn nämlich 'Unberechenbarkeit' und 'Launenhaftigkeit' zentrale Merkmale darstellen sollten, konnte es definitionsgemäß kaum Merkmale geben, die nicht in das Konstrukt hineinpaßten. Das Gegensätzliche und Unzusammenhängende wurde damit zum integralen Bestandteil, da es das Konzept nicht weiter in Frage stellte, sondern bestätigte. Dieser Teil des Konzepts beinhaltete die Gefahr, theoretische Widersprüche und Unstimmigkeiten von vornherein auf das epileptische Krankheits-

geschehen oder Anfallskranke selbst auszulagern.

h. Mit der Ansiedlung des 'epileptischen Charakters' im weiten Vorfeld von 'Demenz' und 'Wahnsinn' vergrösserte sich der nun in Frage kommende Zielbereich auf die Persönlichkeits-Anomalien im Grenzland zwischen 'Normalität' und 'Geisteskrankheit'. Eine Reihe von Spezifikationen des Anomalen, die sich wirkungsvoll mit solchen des 'Widerwärtigen' verband, trat nun in den Vordergrund. Sie waren zuvor schon teilweise genannt worden: 'Ängstlichkeit', 'Scheu', 'Finsterkeit', 'Mißtrauen', 'Süßlichkeit', 'Unterwürfigkeit', 'Bigotterie', 'Starrsinn', 'Pedanterie' etc; alles Kennzeichnungen, die die 'weiche' Schiene der Dämonisierung und Stigmatisierung vervollständigten.

5.4 Entwicklungslinien III: Verdichtung

Die inhaltliche Spezialisierung und Differenzierung, die das Konstrukt während seiner Ausbildung durchlief, hatte ein größeres Maß an äußerer Stimmigkeit hervorgebracht. Die sich verwissenschaftlichende Psychiatrie des 19. Jahrhunderts begnügte sich fürs erste mit dieser Operation; ihr Ergebnis lag zum einen in einer kategorialen Flurbereinigung, zum anderen in einer schärferen Eingrenzung des Blickwinkels. Wenig geändert hatte sich an den inneren Unstimmigkeiten und es mangelte nach wie vor an methodenkritischer Distanz. Daß das Konstrukt trotzdem weiter an vermeintlicher Evidenz gewann, ist nicht zuletzt auf spezifische Verdichtungstechniken zurückzuführen.

a. Die formale Steigerung der wissenschaftlichen Gewißheit erfolgte durch scheinbar beiläufige Klassifikationen, die das weiterzureichende Wissen als ebenso alt wie gesichert erscheinen ließen. Hatten sich die Autoren zu Beginn des Jahrhunderts noch auf berühmte Kollegen und die eigene Beobachtung und Erfahrung be-

rufen[19], so wurde seit der Mitte des Jahrhunderts mehr auf den allgemeinen Bekanntheitsgrad des Gemeinten verwiesen.[20] Die Lehrbuchautoren schließlich formulierten mit souveräner Selbstverständlichkeit in der Wirklichkeitsform.[21]

b. Eine weitere Verdichtungstechnik bestand in selbstkommentierenden Sekundäraussagen, die dem Leser die Wertigkeit der eigenen Darlegungen und des sich darin spiegelnden Forschungsstandes verdeutlichen sollten. Beispiele dafür sind bereits genannt worden.[22]

c. Der schon frühzeitig gebrauchte Charakter-Begriff fand seit Esquirol eine häufigere Verwendung und setzte sich in der deutschen epileptologischen Theoriebildung endgültig in den siebziger und achtziger Jahren durch. Als Kürzel verkörperte er prägnant das in dem Konstrukt enthaltene Denken. Seine Unbestimmtheit machte ihn verschiedenen theoretischen Zwecken zugänglich.[23] Deskriptive, analytische und normative Bedeutungsaspekte konnten ihn auf der anderen Seite als Begriff von außergewöhnlicher theoretischer Potenz erscheinen lassen, ohne daß er einer speziellen Fachsprache entstammte, die seinen Gebrauch nur im eigenen Kontext erlaubt resp. sinnvoll gemacht hätte. Seine spätere Popularisierung war auch in der darin begründeten Einprägsamkeit und Suggestionskraft angelegt. Es ist nicht daran zu zweifeln, daß er, versehen mit dem Gütezeichen der Wissenschaft, seinen Teil zu dem Trugbild exakter Kenntnis beigetragen hat.

d. Die Ausgestaltung zum Konstrukt wurde geprägt durch einen Prozeß, in dem die verändernden Momente ein sprunghaftes Anwachsen der nosologischen Bedeutung des 'epileptischen Charakters' mit sich brachten. Seine Vorläufer waren noch als fakultative Wirkungen von Epilepsie konzipiert worden, nun wandelte er sich allmählich zu einem nahezu pathognomonischen Merkmal und Blickdiagnostikum. Dieses am weitesten reichende Moment der Verdichtung läßt sich nur in seinen Anfän-

gen als einfache Verdichtungstechnik beschreiben; die entscheidende Phase seiner Entwicklung greift beträchtlich über den in diesem Abschnitt behandelten Zeitraum hinaus. So gewann das Konstrukt in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts eine neue transformatorische Potenz, als es sich in kongenialer Weise mit dem durchschlagenden Konzept der 'genuinen Epilepsie' verband und dessen Kohärenz entscheidend steigern half; in dieser stabilisierten Form bot die 'genuine Epilepsie' hinreichend Anknupfungspunkte für die sich anbahnende Biologisierung in Gestalt der miteinander verwandten Theorien über die Erblichkeit und die Konstitution.[24] Fast überflüssig, darauf hinzuweisen, daß die Bedeutungsstruktur des 'epileptischen Charakters' sich weiter wandelte und die inhaltliche Fassung des Konstrukts nicht mehr genau mit derjenigen der achtziger Jahre übereinstimmte.

Doch zurück zu den Anfängen des Bedeutungszuwachses. Er setzte in den siebziger Jahren als Teil von übergreifenden Bestrebungen ein, die dahin gingen, die im engeren Sinn psychiatrische Symptomatik von Epilepsie insgesamt gegenuber dem klassischen Hauptmerkmal der Anfälle aufzuwerten. Unter den verschiedenen Bezeichnungen 'psychische Epilepsie', 'larvierte Epilepsie' und 'psychisch-epileptische Äquivalente' gewann im Anschluß an Morel und Trousseau eine Auffassung an Boden[25], die die diagnostische, teilweise auch nosologische Gleichwertigkeit der psychiatrischen Ausdrucksformen mit dem eigentlichen Anfallsgeschehen postulierte; demnach sollte die Diagnose 'Epilepsie' in bestimmten Fällen sogar dann gestellt werden können, wenn epileptische Anfälle im herkömmlichen Sinn völlig fehlten. Um die damit gänzlich zur Disposition gestellten Begrenzungslinien von Epilepsie entbrannte eine jahrzehntelange Auseinandersetzung, in deren Verlauf das theoretische Fundament der Epilepsie-Forschung immer schwankender wurde.[26] Während sich eine

rein psychische Epilepsie aus verständlichen Gründen[27] nicht durchsetzen konnte, gelang dies dem zum Diagnostikum aufgewerteten 'epileptischen Charakter'.

W.Sander hatte 1873 davon gesprochen, daß die von ihm genannten Merkmale "den Epileptischen unter allen Lebensverhältnissen (characterisiren), mag es sich um Kleinigkeiten, oder um wichtige Interessen handeln."[28] Was Epileptikern unter allen Umständen anhaften sollte, mußte naturgemäß - in Umkehrung dieses Satzes - auch als ihr Erkennungszeichen dienen können.

Ähnlich äußerte sich M.Leidesdorf im Jahr 1875, als er den Einfluß schilderte, "den in vielen Fällen die Epilepsie auf das Gemüth und den Charakter der davon Befallenen ausübt; der ihrem ganzen Wesen einen eigenthümlichen beinahe unverkennbaren Stempel aufdrückt." Und P.Samt sprach "von diesen habituellen Charactereigenthümlichkeiten gewisser Epileptischer, die manchmal so prägnant sind, daß ein Sachverständiger aus ihnen allein eine ziemlich sichere Diagnose auf Epilepsie stellen könnte ..."

Mit kleinen Abwandlungen setzten A.Pick, R.Arndt, L.Greppin, J.L.A.Koch diesen Weg fort. Nach Picks Meinung "zeigen die Epileptiker in ihrem Charakter häufig ein eigenthümliches Gemisch von Bosheit und Kriecherei, welche mit einem nicht seltenen Zuge von excessiver Frömmelei zu einem oft pathognomonischen Bilde verquickt sind."[29] R.Arndt, der besonders drastische Ausführungen zur Psychopathologie von Epileptikern beisteuerte, wollte gar bei sexuellen Gepflogenheiten, die aus dem Rahmen fielen, Epilepsie assoziiert wissen. "Wo ein absonderliches sexuelles Leben besteht, möchte vielleicht immer an ein epileptisches Moment zu denken sein."[30] Auch L.Greppin ließ es nicht an diagnostischen Schlußfolgerungen fehlen:

> "Im Ganzen genommen, es sind durchschnittlich höchst unangenehme Persönlichkeiten, welche ein

> Gemisch von Falschheit, geheuchelter Frömmelei, Selbstüberhebung und abnormer Reizbarkeit zeigen, und desshalb häufig in unseren geregelten, socialen Verhältnissen Anstoß finden. Diese Characthereigenthümlichkeiten sind allerdings schwer in allen Details zu schildern; bei Allen aber findet sich ein Zug, den Jedermann, welcher eine Zeit lang mit solchen Kranken verkehrt hat, sofort merkt, oder besser, sofort herausfühlt." [31]

J.L.A.Koch überbot seine Vorgänger noch, indem er behauptete, daß jede beliebige Änderung des Charakters, für die man keine Erklärung habe, auf Epilepsie hinweisen könne. "Auch eine spezifische Änderung des Charakters, für die man sonst keinen Grund findet, mag auf das Bestehen von Epilepsie hindeuten." [32]

Emil Kraepelin setzte diese Reihe fort, als er sich in den verschiedenen Auflagen seiner 'Psychiatrie' von 1893, 1899 und 1904 in sinngemäß gleicher Weise an die Auffassungen von P.Samt anschloß. Wie dieser faßte er den 'epileptischen Charakter' oder wie er es nannte, die 'chronische Entartung der Epileptiker', als mögliches Blickdiagnostikum.

> "Häufig nur leise angedeutet oder nur bei besonderen Gelegenheiten erkennbar, beherrscht sie in anderen Fällen das Krankheitsbild derartig, daß die Diagnose der Epilepsie ohne Weiteres schon aus der Eigenart des Schwachsinns abgeleitet werden kann, wie es mir häufig gelungen ist." [33]

Während Kraepelin hier dem 'epileptischen Charakter' noch keine definitive differentialdiagnostische Bedeutung für die 'genuine Epilepsie' zuschrieb, lag gerade darin das unstrittige Moment in der damaligen Auseinandersetzung um Begriff und Abgrenzung der 'genuinen Epilepsie'. Emil Redlich faßte diese Kontroverse auf der Tagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte von 1912 in einem ausführlichen Referat zusammen:

> "Ich glaube, diese wenigen Stichproben (die er zuvor dargelegt hatte, d. Verf.) werden genügen, Ihnen zu zeigen, wie wenig Übereinstimmung bei den Autoren über die Begriffsbestimmung der genuinen Epi-

lepsie herrscht; die einen heißen genuine Epilepsie jene, die ohne bekannte Ursache auftritt; andere wieder eine solche, die auf angeborener ererbter Grundlage, also aus rein endogenen Ursachen sich entwickelt. Vielfach wird als Grundbedingung der Mangel eines anatomischen Befundes angesehen, was sich zm Teil mit der ersten Auffassung deckt, indem bei einer Epilepsie auf anatomischer Grundlage letztere als die Ursache der Epilepsie angesehen werden kann, diese also bekannten Ursprungs ist. Aber es deckt sich nicht ganz, indem eine Epilepsie ohne anatomische Erkrankung des Gehirns auch exogene Ursachen haben kann. Endlich haben wir Autoren kennen gelernt, die auch für die genuine Epilepsie eine anatomische Grundlage - hier sind feinere histologische Befunde gemeint - voraussetzen, ja sie sogar für notwendig erachten; auch da wieder bei manchen unter Festhaltung des Momentes der unbekannten oder unklaren Ätiologie ... Man kann also nicht schlechtweg sagen, genuine Epilepsie ist diese oder jene Form von Epilepsie, sondern kann nur feststellen, welche Bedeutung dieser Terminus für einen bestimmten Autor hat. Gemeinsam ist all diesen Definitionen der chronische Verlauf und meist auch die dauernde Veränderung der psychischen Persönlichkeit oder wenigstens die Tendenz zu derselben; alles andere ist schwankend."[34]

Redlichs eigene Auffassung ging, was den letzten Punkt anlangt, in dieselbe Richtung, wenngleich er mit dem Konzept einer 'genuinen Epilepsie' nicht übereinstimmte, sondern die 'chronische Epilepsie' vorzog; diese reihte er nicht mehr unter die funktionellen Neurosen ein, sondern kennzeichnete sie als Krankheit auf anatomischer Grundlage.

"Hier (bei der Abgrenzung der sog. genuinen Epilepsie in klinischer Hinsicht, d. Verf.) haben die Psychiater tatsächlich wichtiges Material herbeigeschafft; der chronischen Epilepsie entspricht oft eine dauernde Veränderung der psychischen Persönlichkeit, deren Hauptmerkmale die epileptische Charakterveränderung und eine eigentümliche Art von Schwachsinn sind, die epileptische Verblödung.
...
Es ist zweifellos, der psychische Eindruck des Epileptikers hat für den Kliniker oft etwas derart Charakteristisches, daß selbst ohne genauere Kenntnis des Falles die Diagnose der chronischen Epilepsie sich aufdrängen muß. Es ist daher begreiflich, daß diese Umwandlung der psychischen Persönlichkeit immer wieder betont, ihr Vorhanden-

sein in die Charakterisierung der chronischen, echten Epilepsie aufgenommen wurde ..."[35]

Im selben Jahr vertrat L.W.Weber eine besonders zugespitzte Betrachtungsweise, in der nun der 'epileptische Charakter' als conditio sine qua non von wirklicher Epilepsie fungierte. Weber operierte allerdings nicht mit der 'genuinen Epilepsie', sondern in Anlehnung an E.Bratz[36] mit der 'echten', die nicht auf Grund der differentiellen Ätiologie, sondern der gemeinsamen klinischen Symptomatologie wegen als eigenständiges Krankheitsbild abzutrennen sei. Als drittes Bestimmungsmoment der klinisch-symptomatologischen Einheitlichkeit von 'echter Epilepsie' führte er neben Krampfanfällen und periodischen Bewußtseinsveränderungen den chronischen Verlauf an, der zu Charakterveränderungen und einer eigenartigen Demenz führe.

> "Dieses Moment kann freilich zur Diagnose nur herangezogen werden bei längerer Krankheitsdauer. Ich möchte aber ganz bestimmt betonen, daß dieser Ausgang tatsächlich das Resultat des der echten Epilepsie zu Grunde liegenden Krankheitsprozesses ist; Charakterveränderungen und Demenz von ganz bestimmter Eigenart treten bei dieser Epilepsie immer ein, wenn auch in verschiedener, durch andere Momente und durch Behandlung zu beeinflussender Intensität. Mit anderen Worten: Eine durch periodische Krampfanfälle und Dämmerzustände gekennzeichnete Epilepsie führt nach 5-10 jähriger Krankheitsdauer sicher zum epileptischen Charakter und zur Demenz. Und sind nach so langem Auftreten der periodischen Erscheinungen diese psychischen Veränderungen nicht festzustellen, so gehört der Fall nicht zur 'echten Epilepsie' und es liegen nicht die ihr eigenen Krankheitsprozesse im Gehirn vor. Insofern sind auch diese Momente für die Diagnose wichtig."[37]

Um einige Grade zurückhaltender äußerte sich H.Vogt 1915 im 'Handbuch der Psychiatrie' und wollte die 'genuine Epilepsie' negativ eingegrenzt wissen. Er sah in ihr "jene Krankheitsform, die angeboren oder wenigstens in der Anlage des Individuums begründet ist, und die nicht durch das Vorliegen irgendwelcher besonders greifbarer Hirnveränderungen verschuldet

wird."[37] Eine ihrer bedeutsamen Manifestationen bestehe in der fortschreitenden Veränderung der psychischen Persönlichkeit, die schließlich zu einer typischen Gestaltung der Psyche, zum 'epileptischen Charakter' und zur 'epileptischen Demenz' führe. Weiter heißt es:

> "Das Wesen dieser psychischen dauernden Veränderung ist gegeben durch Zornmütigkeit, Reizbarkeit, Wutausbrüche ohne äußeren Anlaß, oft lassen momentane Sensationen oder kurz vorübergehende Sinnestäuschungen einen ungeheuren Wutausbruch, der in gar keinem Verhältnis zu dem auslösenden Moment steht, hervorbrechen. Dazu kommt fast stets Abnahme des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, Einschmelzung der intellektuellen und affektiven Komponenten, Einengung des Gesichtskreises, Pedanterie, Schwerfälligkeit, dressurartiges Handeln, Langsamkeit, Ungeschicklichkeit, Monotonie der Sprache, epileptische Aphasie, in hohem und fortgeschrittenem Grade totale Verblödung."[38]

Spätestens im Jahr 1919 war der 'epileptische Charakter' dann fest mit der 'genuinen Epilepsie' verbunden[39]. Emil Kraepelin, nunmehr Leiter der von ihm gegründeten Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, ließ ihn in seinem Aufsatz 'Zur Epilepsiefrage' zum maßgeblichen Hauptkriterium von 'genuiner Epilepsie' avancieren, die er in der Mitte zwischen den von ihm unterschiedenen großen Gruppen von Epilepsien durch Vergiftungen und durch Hirnerkrankungen ansiedelte.

> "Der Einfluß der Nahrung, besonders der Kernstoffe, auf die Häufigkeit der Anfälle und die Schwankungen im Stoffwechsel sprechen für Giftwirkungen; die anatomische Untersuchung weist ausgebreitete Veränderungen im Hirngewebe auf. Das Kennzeichen der genuinen Epilepsie liegt nicht so sehr in den mannigfaltigen anfallsweise auftretenden Störungen wie in der eigenartigen Veränderung der seelischen Gesamtpersönlichkeit, die uns oft ohne weiteres den Schluß auf das Bestehen des Leidens gestattet."[40]

Die Persönlichkeitsveränderungen sollten sich nach seiner Auffassung in unterschiedlichen Reihen von Zügen ausdrücken; dazu rechnete er "einmal die kindlich-naive Beschränktheit und Zutunlichkeit, so-

dann die übertriebene Peinlichkeit, Förmlichkeit und Umständlichkeit, ferner die Reizbarkeit und endlich die Frömmigkeit, das gehobene Selbstgefühl, die Hoffnungsfreudigkeit."[41] Dabei sollte der zweiten Reihe besondere diagnostische Bedeutung zukommen, da er sie im Gegensatz zur ersten, die sich auch bei anderen Formen früh erworbenen Schwachsinns, z.B. nach abgelaufener Encephalitis fände, "vielleicht als unmittelbaren Ausdruck des epileptischen Leidens"[42] ansah. Dagegen erschien ihm die erste Reihe von sekundärem Rang. Die darin liegenden Eigentümlichkeiten seien möglicherweise nur der Ausdruck der durch das Leiden, namentlich durch die Schädigung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, bewirkten seelischen Entwicklungshemmung.

> "Unter diesen Umständen wird man kindliche Enge des geistigen und gemütlichen Lebens bei einer erst in reiferen Jahren aufgetretenen Epilepsie durch eine lange Vorbereitungszeit des Leidens erklären können. Wo sie aber fehlt, wird man nach der hier vertretenen Anschauung nicht ohne weiteres berechtigt sein, einen Fall aus der Gruppe der genuinen Epilepsie auszuschließen. Dagegen werden wir auf die Peinlichkeit, Umständlichkeit und Schwerfälligkeit, die sich öfters im Assoziationsversuche besonders deutlich offenbart, großes Gewicht legen, weniger auf die auch anderen Formen eigentümliche Abnahme des Gedächtnisses. Es wird vorderhand zweckmäßig sein, Fälle, die derartige Veränderungen nicht zeigen, hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zur genuinen Epilepsie mit größtem Mißtrauen zu betrachten."[43]

Darüberhinaus nahm Kraepelin als weitere Steigerung der diagnostischen Wertigkeit des 'epileptischen Charakters' eine Variante der schon bekannten 'psychischen Epilepsie' wieder auf und dehnte sie über die ihr mittlerweile zugerechneten 'Äquivalente', Verstimmungen, 'Poriomanie', 'Dipsomanie' etc. aus. Die für epileptisch gehaltenen Charakterzüge sollten, auch wenn sie völlig unabhängig von epileptischen Anfallsformen auftraten, auf eine bestehende Epilepsie hinweisen können.

> "Man hört ... öfters, daß Kranke schon lange Zeit vor dem Einsetzen der Anfälle seelische Eigentümlichkeiten dargeboten haben, wie sie der epileptischen Veränderung entsprechen. Ja es gibt hier und da Persönlichkeiten, die in ihrem Wesen genau an Epileptiker erinnern, ohne jemals Anfälle zu haben, so daß man zu der allerdings vorderhand in der Luft stehenden Vermutung geführt wird, es könne vielleicht auch 'Epileptiker ohne Epilepsie' geben."[44]

Die Transformation des 'epileptischen Charakters' zu einem pathognomonischen Merkmal für 'genuine Epilepsie' kam damit zu einem vorläufigen Abschluß, wenngleich Kraepelin sich in diesem Punkt nicht eindeutig festlegte. Die Beschränkung der 'genuinen Epilepsie' auf die Fälle mit einer bestimmten Umwandlung der seelischen Persönlichkeit stelle zunächst nur eine Annahme dar und stütze sich auf die Erfahrung, daß tatsächlich eine große Zahl von Epileptikern eine weitgehende Übereinstimmung ihrer seelischen Eigenart darböte. Bis auf weiteres sei aber nicht sicher zu entscheiden, ob die so gekennzeichnete Gruppe eine klinische Einheit bilde und ob ihr ausschließlich derartige Fälle zuzuordnen seien. Diese Einschränkung war freilich eher von rhetorischer Bedeutung und berührte die breite Festschreibung der diagnostischen und nosologischen Aufwertung des 'epileptischen Charakters' de facto nicht. Ungeachtet dessen blieben vereinzelt gegenteilige Auffassungen bestehen.[45]

In den vergangenen fünfzig Jahren (1870-1920) hatte sich die vorherrschende 'Theorie' über den 'epileptischen Charakter' gewandelt; die ursprüngliche Auffassung 'wenn Epilepsie, dann häufig epileptischer Charakter' ging auf in ihrem modifizierten Umkehrschluß: 'wenn epileptischer Charakter, dann genuine Epilepsie'.

5.5 Zur Erkenntnislogik des 'epileptischen Charakters'

Die notorische Vernachlässigung einer kritischen Prüfung des 'epileptischen Charakters' bzw. der 'epileptischen Wesensänderung' betraf bis heute vielfach auch die innere Folgerichtigkeit des argumentativen Gerüsts. Zu den wenigen Ausnahmen zählt ein Aufsatz von L.W.Diehl, der darauf hinwies, daß die Hypothese nie verifiziert worden sei, der zufolge

> "die Epilepsie zu einer 'Charakterdegeneration' mit affektiven und ethischen Persönlichkeitsstörungen führe ... Beschrieben wurde dagegen überwiegend dem Verhaltensbegriff zugehörige Verhaltenseigenschaften statt innerseelische Vorgänge und Zustände, die dem eigentlichen charakterologischen Wesensbegriff zuzuordnen wären."[46]

Diesen Unterschied herauszustellen, ist von einiger Wichtigkeit, denn er markiert den erkenntnistheoretisch bedeutsamen Übergang von beschreibenden auf zuschreibende Aussagen.

Die Vorstellungen, die vor hundert Jahren den psychiatrischen Erkenntnis-Fortschritt vorantreiben wollten, setzten in das Zentrum psychiatrischen Erkennens die möglichst exakte und unvoreingenommene Beobachtung und Beschreibung der Patienten. Auf den 'epileptischen Charakter' bezogen, erscheinen die auf diesem theoretisch und methodologisch nicht weiter angeleiteten Weg zustande gekommenen Merkmalskataloge ungeordnet und widersprüchlich: sie durchmischen die Bereiche des Verhaltens, der Eigenschaften und des Charakters zu einem gestaltlosen Konglomerat, dem es an innerer Klarheit und Trennschärfe fehlt.

Was der Erfahrung resp. Anschauung des klinischen Diagnostikers zugänglich ist, kann zunächst nicht als 'Charakter' oder als Anhäufung von Eigenschaften verstanden werden, sondern lediglich als Verhalten, das

in einer bestimmten Situation entsteht und an sie gebunden ist, einmal ganz abgesehen von den subjektiven Fehlerquellen der Wahrnehmung. Dieses Verhalten als unmittelbaren Ausdruck von tiefer liegenden und feststehenden Eigenschaften zu werten, beinhaltete eine erkenntnislogische Weichenstellung, die zu reduktionistischen Verzerrungen führen sollte. Gerade der Charakter, verstanden als eine grundlegende Steuerungsinstanz der Persönlichkeit, als deren Besonderung sich bestimmtes Verhalten darstelle und auf die es umgekehrt zurückschließen lasse, ist in seiner eigenen Logik nicht aus den Verhaltensimpulsen für nur wenige Verhaltensbereiche zusammengesetzt, nur für die Patientenrolle, nur für den einen Handlungsrahmen 'Anstalt'. Denn wie sollte eine unbekannte Persönlichkeitsstruktur erschlossen werden, wenn das dazu zur Verfügung stehende Verhalten aus einem existentiell außerordentlich verengten Kontext stammte, dessen Freiheitsgrade absichtsvoll eingeschränkt waren und sind? Darin lag ein historisches Paradoxon der psychiatrischen Handlungs- und Theoriestruktur, das zu Lasten der ihr ausgesetzten Patienten ging.

Dagegen sind, kursorisch gesprochen und nur einige Aspekte herausgreifend, für das Arzt-Patient-Verhältnis in der klinisch-diagnostischen Situation konstituierend: die Person des Patienten, die Person des Psychiaters, der sie zusammenführende 'Zweck' der Situation, ihre komplementären Rollenstrukturen, ihre Biographien und 'Karrieren', sodann der institutionelle Rahmen der Anstalt, die historisch-gesellschaftlichen Vorgaben etc. Von allen diesen Faktoren ist anzunehmen, daß sie in einer unmittelbaren oder mittelbaren Form in das Verhalten des Patienten einfließen, die nicht im einzelnen zu bestimmen ist.

Vergleicht man damit das Charakter-Konzept, so ergibt sich der gravierende Unterschied, daß der situative Kontext und dessen Wurzeln, also mit Blick

auf den Patienten vereinfacht die Anteile, die außerhalb seiner eigenen Person liegen, als bestimmender Faktor in den Hintergrund treten und zur Erklärung des Verhaltens nicht mehr systematisch herangezogen zu werden brauchen. Den Akteuren wird in diesem anthropologischen Modell eine Anzahl von konstanten Eigenschaften zugeschrieben, die ihr Verhalten weitgehend unabhängig von der jeweiligen Situation bestimmen würden. Durch die zu vernachlässigende Oberflächenschicht des Verhaltens hindurch projiziere sich unverändert das Eigentliche, das Prinzipielle der Person.

Das Charakter-Konzept war in dieser Hinsicht nichts anderes als eine pragmatisch eingeschränkte, um einige Grade (natur-) wissenschaftlichere Neuauflage der philosophisch-theologischen Mystifikation der 'Seele', gegen die paradoxerweise z.B. Paul Samt entschieden zu Felde gezogen war. In der schon genannten Schrift 'Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie' von 1874 von ihm heißt es:

> "Das Wort Seele wirkt vielfach verderblich. Viele gehören in dem Augenblick, wo das Wort über ihre Lippen fliesst, nicht mehr ganz der Erde an, sie wähnen sich schon halb auf dem Wege zum Himmel. Von dieser himmelfahrenden Eigenschaft der Seele wissen wir indess nichts Positives, wir müssen sie ignoriren wie irgend eine andere willkürlich angenommene, empirisch nicht zu beobachtende Seeleneigenschaft. Für uns ist Seele ein Sammelname, der in Empfinden, Vorstellen, Wollen zerfällt.
> ...
> Andere Eigenschaften der Seele kennen wir nicht, und Seele existirt für uns nicht, wenn keine der drei Thätigkeiten zu erweisen ist. Für uns ist ferner die Seele keine metaphysische Constante, sie ist eine physische quantitativ und qualitativ differente Variable. Beweis das Genie und die Dummheit, der Melancholische und der Maniacus."[47]

Diesem zu konservierenden Gehalt aus dem Nachlaß der Seele entsprach in gewisser Weise der Charakter; in ihm kehrte jedoch eben die 'metaphysische Constante' in abgeschwächter Form wieder, der theologischen

Metaphysik entkleidet; nun nicht mehr unsterblich und von göttlicher Hand verliehen, sondern 'auf die Füße gestellt', sozusagen von unten herkommend der menschlichen Natur eingeboren. An die Stelle theologischer Metaphysik trat naturwissenschaftlich-biologische Reduktion.

In der Reihe Verhalten-Beobachten-Beschreiben bleibt die Rolle des Beobachters beim Zustandekommen der Beschreibung sichtbar. Eigenschaften scheinen dagegen für sich selbst zu sprechen, der Beobachter erscheint unsichtbar, das zu Beobachtende immer gleich. Dem Letzteren entspricht das Empirie-Verständnis der damaligen Psychiater. In dem Bestreben, sich ein grosses Maß naturwissenschaftlicher Schlüssigkeit zu eigen zu machen, übersahen die klinischen Forscher nicht selten, daß sie selbst keineswegs neutrale 'Meßlatten' darstellten, deren potentiell verfälschender Einfluß auf den Forschungsprozeß zu vernachlässigen war; ebenso konnte man die Klinik nicht ohne weiteres als psychiatrische Entsprechung des naturwissenschaftlichen Laboratoriums einsetzen, ohne den wirklichen Verhältnissen Zwang anzutun.

Was war überhaupt gemeint, wenn vom Charakter die Rede war? Im Jahr 1826, als dieser Begriff in den Formulierungen gerichtsmedizinischer Autoren bzw. Gutachter Verwendung fand, ohne ein bestimmtes Fachwissen zu repräsentieren, wurde seine umgangssprachliche Bedeutung (im etymologischen Wortsinn: Stempel, Gepräge) umschrieben als

> "die Summe der Merkmale, durch die ein Ding sich von andern Dingen, oder eine Klasse oder Gattung von andern Gattungen, unterscheidet. Ein sehr fruchtbarer Begriff in mehren wissenschaftlichen Beziehungen, besonders in Beziehung auf die moralischen Eigenschaften eines Menschen, oder einer Klasse von Menschen."[48]

Und, ausgehend von seiner Negation, der Charakterlosigkeit, kommt eine zweite Bedeutungskomponente

hinzu: die innere Festigkeit, Beständigkeit des Charakters, der dadurch Verläßlichkeit gewinnt.

> "... ganz charakterlos kann kein menschliches Individuum seyn. Aber wie die Züge und die ganze Form eines Gesichts so matt und unbedeutend seyn können, daß sie fast nichts ausdrücken: so hat auch der individuelle Charakter mancher Menschen sehr wenig Hervorstechendes oder Bemerkenswerthes, wodurch er sich von Andern ihres Gleichen unterscheidet.
> ...
> Solche Menschen können gleichwol einen festen Willen und eine beharrliche Geistesrichtung, also dasjenige haben, was man noch in einer besondern Bedeutung des Worts Charakter nent.
> ...
> Deßwegen heißt dieser Zug in einem Charakter, das bestimte und beharrliche Wollen, auch wenn es in Starrsinn übergeht, vorzugsweise Charakter, und wird mit Recht geschätzt, weil auf Menschen, die, wie man zu sagen pflegt, selbst nicht wissen, was sie wollen, wenig zu rechnen ist."[49]

In seiner 'Anthropologie' von 1798 hatte Immanuel Kant den Charakter-Begriff im Kontext philosophischer Anthropologie entfaltet. Er unterteilte den Charakter des Individuums in drei Bereiche: Naturell oder Naturanlage, Temperament oder Sinnesart und Charakter schlechthin oder Denkungsart. "Die beiden erstern Anlagen zeigen an, was sich aus dem Menschen machen läßt; die dritte (moralische), was er aus sich selbst zu machen bereit ist."[50] Über die beiden ersten verfüge jedes Individuum in dieser oder jener Ausprägung; den dritten könne man nur erwerben, ihn besitze man ganz oder garnicht. Als herausragende bürgerliche Tugend verkörperte er bei Kant in normativer Weise die Einheitlichkeit im menschlichen Sein und Handeln durch alle Lebensäußerungen hindurch. Als intelligibler Charakter sollte er den stabilen Kern der Persönlichkeit, ihrer Sittlichkeit und praktischen Vernunft bilden.

In die allgemeine Psychiatrie fand der Charakter-Begriff nur zögernd Eingang, ohne dabei in einen bestimmten Fachterminus umgewandelt zu werden. Seine

philosophische Besetzung, später von Julius Bahnsen (1867) zu einer Charakterologie ausgebaut, verhinderte wohl zunächst die Übernahme durch die psychiatrische Begriffs- bzw. Theoriebildung. Erkenntnisleitende Bedeutung erlangte er hier erst nach der Jahrhundertwende im Rahmen der Verknüpfung mit dem Konstitutionsgedanken. Bis dahin wurde er vorwiegend in den einander angrenzenden Themenbereichen von Epilepsie und Hysterie gebraucht, als 'epileptischer' bzw. analog dazu 'hysterischer'[51] Charakter. Heinrich Schüle versuchte 1878 in seinem 'Handbuch der Geisteskrankheiten', ihm darüberhinaus eine allgemeine Bedeutung in der psychiatrischen Krankheitslehre zu geben, indem er ihn bei der Begriffsbestimmung von Geisteskrankheit als Hilfskonstrukt benutzte.

> "Was dem Einzelfall den Charakter der Seelenstörung verleiht, ist die krankhafte Veränderung jenes Complexes von Vorstellungen, Gefühlen und Strebungen, welche die Persönlichkeit zusammensetzen als jenes empirische geistige Ganze, durch welches der Einzelne Er selbst, gerade Dieser und kein Anderer ist. Dieser Satz läßt sich mehr vom Entwicklungsstandpunkte auch so fassen; daß der Mensch von dem Momente an geisteskrank ist, von welchem er ein Anderer, d.i. eine neue Persönlichkeit wird. In und durch die Seelenstörung macht sich eine von dem frühern Wesen des Kranken beträchtlich verschiedene, demselben fremde Beschaffenheit seines seelischen Individuallebens geltend, seine Stimmungen, Neigungen, Gefühle, Gewohnheiten, Willensregungen werden anders; 'der Charakter ändert sich'."[52]

Doch wie konnte der Charakter erfaßt werden, wie war seine Änderung zu bestimmen? Es war offenbar kein Bewußtsein dafür vorhanden, daß darin erhebliche Schwierigkeiten lagen, die nicht mit der bloßen Forderung nach genauer klinischer Beobachtung zu lösen waren. Unter welchen Voraussetzungen konnte die Beobachtung als genau gelten? Wie war die Rolle des Beobachters zu bewerten im Hinblick auf seine Subjektivität und die Veränderung der Situation durch seine Anwesenheit bzw. den Vorgang der Beobachtung? Woran war

dasjenige Verhalten zu erkennen, in dem sich gerade spezifische Charaktereigenschaften spiegelten? War es nicht unzulässig, das in der klinischen Situation zu Tage tretende Verhalten auf die Lebensbreite der Patienten schlechthin zu übertragen? Wie war aus diesem Verhalten eine umfassende Persönlichkeitsmatrix abzuleiten, die als feststehende Quersumme der Biographie gelten konnte?

Bei der Sichtung all dieser Fragestellungen konnten die damaligen Psychiater auf keine ausgearbeitete Methodologie des Beobachtens und Beschreibens, sowie der daraus zu ziehenden theoretischen Folgerungen zurückgreifen; und, was noch bedeutsamer ist, sie sahen darin noch kaum ernstzunehmende Probleme.

So erstaunt es nicht, daß die empirischen Grundlagen des 'epileptischen Charakters' nicht, oder in Ausnahmefällen[53], nur sehr unzureichend dokumentiert wurden. Der Kraepelin-Schüler G.Aschaffenburg gab 1906 einen bezeichnenden Hinweis auf die Anwendungslogik des 'epileptischen Charakters' in der Diagnostik. In seiner empirischen Untersuchung 'Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker' definierte resp. operationalisierte er den 'epileptischen Charakter' so:

> "Der epileptische Charakter zeigt in seinen ausgeprägten Formen ein typisches Bild: Eigensinn, Verlogenheit, Egoismus, Heuchelei und Bigotterie, Neigung zum Hetzen, Familienlobrednerei, Reizbarkeit und Rücksichtslosigkeit; alle diese Züge machen ja den Epileptiker so oft zum Störenfried einer sonst ruhigen Umgebung. Bei andern tritt mehr eine verbissende Stumpfheit, eine kleinliche Zähigkeit in der Verfolgung der eigenen Wünsche, das Fehlen jeden Interesses für andere in den Vordergrund. Überall da, wo auch nur einige wenige dieser Eigenschaften bemerkbar wurden, habe ich die epileptische Charakterveranlagung und Charakterdegeneration - ganz scharf läßt sich das ja nicht trennen - als festgestellt angenommen. Es war nicht immer leicht, zu einem sicheren Urteil zu kommen, und bei manchem mag mir ein oder der andere Zug entgangen sein, der dem Bilde vielleicht eine andere Färbung gegeben hätte."[54]

Trotzdem blieb, wie er weiter ausführte, die tatsächliche Feststellung des 'epileptischen Charakters' deutlich hinter einem Ergebnis zurück, das das Konzept hätte bestätigen können: "Von den 50 Epileptikern zeigten 24 die besonderen Charakterzüge dieser Erkrankung; meist nur in einer Form, die es kaum gestattete, von einem epileptischen Charakter zu reden."[55] Aus heutiger Sicht ließe sich fragen, ob es dann überhaupt einen Patienten ohne 'epileptischen Charakter' geben konnte, wenn schon einige wenige Merkmalskomplexe aus der zwischen 10 und 15 schwankenden Gesamtzahl - Aschaffenburg selbst nannte 12 - eine ausreichende diagnostische Gewähr bieten sollten für seine Feststellung?[56]

Als diagnostisches Instrument zeigte der 'epileptische Charakter' damit schlagend seine Unschärfe[57], die in den allgemein gehaltenen Lehrbuch-Fassungen nicht in dieser Deutlichkeit zum Vorschein gekommen war, dort sogar eine seiner 'Stärken' zu sein schien; denn erst auf dieser Grundlage der Unbestimmtheit konnten sich die verschiedenartigsten Spekulationen auf ihn richten, ohne in direkten Widerspruch zu ihm zu geraten.

Das Charakter-Konzept hätte auch deshalb fraglich erscheinen können, weil es sich im Gegensatz befand zu der häufig wiederkehrenden Auffassung, daß der 'epileptische Charakter' sich oftmals gerade unter Anstaltsbedingungen ausbildete. Außerhalb von Anstalten behandelte Epileptiker hätten sich demnach nicht von Anstaltspatienten unterscheiden dürfen, denn der 'epileptische Charakter' galt als originäres Krankheitszeichen, dem ein direkter Zusammenhang zu dem pathologischen Geschehen unterstellt wurde; dabei blieb es jedoch völlig im Dunkeln, warum er in einem Fall auftrat und im anderen nicht. So dagegen lag der Schluß nahe, daß die Ausbildung des 'epileptischen

Charakters' auch davon abhängig sein mußte, wo und wie die Anfallskrankheit behandelt wurde. Das gebräuchliche Gegenargument, daß in den Anstalten durchweg die schwereren Fälle zu finden gewesen seien und die Schwere des Falles naturgemäß auch die Ausprägung des 'epileptischen Charakters' betreffe, überzeugt nicht. Es unterstellt zum einen eine eindeutige Proportionalität zwischen der Häufigkeit und Schwere der Anfälle und den Persönlichkeitsveränderungen, was damals schon nicht unumstritten war; zum anderen setzte es einen funktionsfähigen Verteilungsmechanismus der Krankheitsfälle nach ihrem Schweregrad voraus.

Nimmt man die ganzen Ungereimtheiten des Konzepts zusammen, dann ist darauf zu schließen, daß ihm ein außergewöhnlich hohes Maß an Durchschlagskraft, eine fast 'magische' Evidenz verliehen wurde, die nicht viel Worte zu machen brauchte, um gegensätzliche Gesichtspunkte aus dem Feld zu schlagen.

6 VOM 'EPILEPTISCHEN CHARAKTER' ZUR 'EPILEPTISCHEN WESENSÄNDERUNG'

Die verschiedenen Auffassungen, die seit Beginn des 19. Jahrhunderts das Verhältnis der Anfallskrankheit zu Phänomenen im Verhaltens- und Bewußtseinsbereich zu bestimmen suchten, waren durchaus nicht nur akademischer Natur. Vielmehr ging es seit diesen Anfängen für die in ihrer fachlichen Spezialisierung begriffenen Irrenärzte resp. die sie repräsentierenden Autoren auch um die gesellschaftliche Durchsetzung ihrer professionellen Autorität, zunächst in den Anstalten[1] und im gutachterlich-forensischen Bereich, später darüberhinaus im universitären Sektor.

In Handlungsfeldern, denen über das diagnostisch-therapeutische Verhältnis zu den Patienten hinaus soziale bzw. politische Bedeutung zukam, wie etwa dem forensischen Bereich, erlangte die professionelle Tätigkeit der Irrenärzte neben der primär medizinischen naturgemäß eine zusätzliche berufs- bzw. interessenpolitische Bedeutung. Daraus konnten sich durchaus Wechselwirkungen und Zielkonflikte zwischen interessenpolitischen und medizinischen Orientierungen ergeben, wie sich z.B. an der Tendenzwende zeigen ließe, die bei psychiatrischen Empfehlungen zur Straffähigkeit von Epileptikern um das Jahr 1830 herum einsetzte.[2] Und des weiteren gingen natürlich von den irrenärztlichen Expertisen und Diagnosen im anstaltsinternen und -externen Raum für die davon Betroffenen häufig auch unmittelbare Konsequenzen aus, die entscheidende biographische Weichenstellungen beinhalteten.

Der begriffliche Wandel des 'epileptischen Charakters' zur 'epileptischen Wesensänderung' fällt ungefähr mit einer Zeit zusammen, in der die Folgenschwere psychiatrischer Diagnosen besonders krasse

Ausmaße annahm; in der Hitler-Zeit wurden sie im Rahmen der rassenpolitischen Funktionalisierung psychiatrischer Institutionen vielfach mit der Bedeutung gerichtlicher bzw. politischer Urteile befrachtet. In diesem Entwicklungsabschnitt erkannten zahlreiche Psychiater disziplinäre Grundanschauungen in wesentlichen Bereichen der nationalsozialistischen Ideologie wieder und waren durchaus bereit, gewissermaßen als Experten für die geistige Volksgesundheit in die nationalsozialistische Bewegung einzutreten[3]; ein Weg, der zunächst die Verwirklichung eigener Vorstellungen mit Hilfe des Sterilisierungsgesetzes ermöglichte, und später, als aufbegehrende Psychiater u.U. selbst zum Opfer des NS-Terrors zu werden drohten, in zumeist ohnmächtige Hinnahme zielstrebiger Massenvernichtung umschlug.

Der angesprochene begriffliche Wandel zeigte auch eine partielle Transformation der inhaltlichen Substanz an; ihr Resultat bildete im wesentlichen die moderne Fassung der 'epileptischen Wesensänderung', die noch eine ganze Zeit Gültigkeit haben sollte. 'Perseveration', 'Haften', 'Klebrigkeit', 'Umständlichkeit' etc. rückten nun neben der 'Hypersozialität', wie die 'Unterwürfigkeit' jetzt genannt wurde, und der zeitweilig etwas zurückgetretenen 'Reizbarkeit' in den Mittelpunkt der Symptomatologie.

6.1 'Genuine' Epilepsie und 'epileptischer Charakter' 1919-1933

Zwischen dem Jahr 1880, einer Zeit also, in der sich der 'epileptische Charakter' als nunmehr fester Bestandteil der Lehrmeinung über Psychiater-Generationen hinweg zu verbreiten begann, und etwa dem Jahr 1920 veränderte sich das Konstrukt weniger in der Anordnung und den Inhalten seiner Binnenstruktur, als in der Aufwertung seiner nosologischen Stellung; dies schloß, wie im vorigen Abschnitt unter dem Blickpunkt des Verdichtungsprozesses skizziert, die diagnostische

Wertigkeit und etwa seit der Jahrhundertwende die äußere Zuordnung zur 'genuinen' Epilepsie ein. Dem ist hier zunächst einiges hinzuzufügen.

Zum rapiden Aufschwung der sog. genuinen Epilepsie, die dem Sinn nach schon seit Jahrzehnten kategorial von anderen Formen unterschieden worden war, trug besonders die vehemente Verteidigung eines einheitlichen Epilepsie-Verständnisses durch Otto Binswanger aus dem Jahr 1899 bei. In seiner Monographie über die Epilepsie richtete er sich gegen Bestrebungen, die Epilepsie als Krankheitseinheit fallen zu lassen und in eine Anzahl von einzelnen Erkrankungen aufzulösen.[4] Den aktuellen Hauptvertreter dieser Richtung erkannte Binswanger in Charles Féré, der in seiner Schrift von 1890 - die deutsche Fassung erschien 1896 - die Epilepsie nur noch als eine Gruppe von Symptomkomplexen bezeichnet hatte. Binswanger wollte dagegen gerade auf den Begriff der symptomatischen Epilepsie verzichten. Férés Auffassung schlossen sich später etliche Autoren an, z.B. auch die Verfasser des Abschnitts über die Epilepsie im Handbuch der Neurologie, F.Hartmann und H. di Gaspero, im Jahr 1914 u.a.m.

Mit der 'genuinen' Epilepsie setzte sich ein Konzept durch, dessen Grundgedanke seit den letzten Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts allmählich die gesamte Psychiatrie zu erfassen begann und die Vererbung als vorherrschendes ätiologisches Prinzip bestimmte. Besonders die Degenerationstheorie von B.A.Morel, der, wie wir gesehen haben, auch das Konzept des epileptischen Charakters entscheidend prägte, leistete hier Schrittmacherdienste. Da in der Degenerationstheorie die wesentlichen Elemente des 'epileptischen Charakters', besonders das ihn bestimmende Menschenbild, enthalten sind, ist sie nun in Anlehnung an W.Leibbrand und A.Wettley kurz zu umreißen.

Unter spekulativ-theologischen Prämissen kam Morel in seinem Werk 'Traité des Dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et de ses causes qui produisent ces variétés maladives' von 1857 zu dem Schluß, daß in der Menschheitsgeschichte eine fortschreitende Entartung durch Vererbung zu beobachten sei und führte damit ein neuartiges ätiologisches Denkmodell in die psychiatrische Betrachtungsweise ein, in dem beschreibende, erklärende und bewertende Aspekte Platz hatten. Morel verband seine Sicht der Naturgeschichte der Menschheit mit der biblischen Schöpfungsgeschichte und setzte an den Anfang der Entwicklung einen "type primitif": Adam, der erste Mensch vor dem Sündenfall; er habe die Züge göttlicher Ebenbildlichkeit am reinsten in sich getragen. Im Rahmen seines umgekehrten Evolutions-Modells verlegte Morel die Ursachen von Entartung und Krankheit in historische Abweichungen vom "type primitif".

> "Diese Abweichungen konstituieren zwei große Richtungen, die zu zwei völlig voneinander verschiedenen Arten menschlicher Spezies führen: zu den natürlichen Varietäten des Menschengeschlechtes, zu den normalen Racenbildungen, und in diesen zu jenen anomalen Zuständen, die Morel Entartungen nennt.
> ...
> Abweichungen vom 'type primitif' sind beide: nur die gesunden Racen erfüllen das göttliche Gebot. Sie allein setzen die Einheit der menschlichen Art fort, während die Entartungen von zwei fundamentalen Gesetzen beherrscht werden: das erste betrifft die doppelte Vererbung im Sinn des körperlichen und moralischen Übels, das zweite ist die Progressivität der Entartung bis zum Aussterben des Geschlechtes, Morelsches Gesetz genannt.
> ...
> Die Ursachen der Entartung sind die gleichen wie die der normalen Varietätenbildung; sie wirken aber hier übertrieben auf den Menschen ein, der in ständigem Adaptationskampf mit der Umgebung im weitesten Sinne unterliegt. Diese Übertreibungen werden hier zu krankhaften Ursachen, die auf der ganzen Erde, in allen Breitengraden nach uniformen Gesetzen zur Entartung des Menschen führen."[5]

Wenn nur die 'gesunden Racen' das göttliche Gebot erfüllten, dann lag hierin auch eine theologische Begründung für die kaum verhohlene Verachtung der sog. Entarteten, wie sie etwa im 'epileptischen Charakter' zum Ausdruck kam. Und wenn die Vererbung mit der ganzen Macht eines Naturgesetzes zu dieser Entartung geführt hatte, dann war es nur folgerichtig, daß die psychiatrische Therapie mit ihren bisherigen Methoden kaum etwas ausrichten konnte, sondern andere Wege beschreiten mußte. In diesem Denken sind wesentliche Bestandteile der späteren nationalsozialistischen Ideologie und Praxis vorweggenommen worden.

In Frankreich war es V.Magnan, in Italien C.Lombroso, in Deutschland waren es wiederum H.Schüle, R. von Krafft-Ebing sowie J.L.A.Koch, Direktor der Irrenanstalt von Zwiefalten, die den Degenerationsgedanken bejahten und weiterentwickelten, wenn gleich sie Morels Fassung in manchen Punkten zurückwiesen[6]; vor allem übernahmen sie nicht das religiöse Weltbild mit dem 'type primitif', von dem Morel ursprünglich ausgegangen war, sondern weiteten den Entartungsbegriff aus und versuchten mit seiner Hilfe die klinische Symptomatologie neu zu ordnen und zu deuten. Ihre Fassung war im Ergebnis kaum weniger spekulativ, jedoch nunmehr kompatibel mit dem Stand und der Richtung des damaligen psychiatrischen Denkens; dessen naturwissenschaftliche Leitbilder hätten ein religiöses Weltbild als theoretischen Ausgangspunkt nicht zugelassen. Das pejorative Moment, das gerade darin eine implizite theologische Rechtfertigung erhalten hatte, wirkte dagegen bekanntlich fort.

W.Leibbrand und A.Wettley schreiben es der "ungeheuren Suggestion" des Entartungsbegriffs zu, daß in der Folgezeit zwischen wissenschaftlich exakter Vererbung und einem konstruktiven Entartungsbegriff nicht mehr sorgfältig unterschieden worden sei. Auch

Schüle und Krafft-Ebing selbst seien diesem Dogma verfallen, das für beide ein wissenschaftliches Gesetz geworden sei.

> "Schüle und Krafft-Ebing sind eindrucksvolle Beispiele für die extreme Durchführung des Morelschen Gedankens einer ätiologischen Klassifikation der Geisteskrankheiten, wo die Erblichkeit zur Scheidung großer Gruppierungen benutzt wird. Diese Idee, die Dégénérescence so stark zum nosologischen Gesichtspunkt zu machen, wurde in dieser Form mehr oder weniger abgelehnt, wenngleich das Entartungsdenken sich immer mehr einbürgerte."[7]

Diese Suggestionskraft war wohl in der neuartigen, scheinbar kohärenten Verschmelzung ätiologischer Grundprinzipien mit einer normativ verdichteten Reinterpretation der klinischen Symptomatologie begründet; aus diesem Ansatz schien sich - aus damaliger Sicht - wohl endlich die von vielen Seiten, am meisten von den Psychiatern selbst, vermißte, unabweisliche wissenschaftlich-theoretische Kompetenz entwickeln zu lassen, ganz zu schweigen von den sich erst andeutenden Möglichkeiten einer expansiven Umgestaltung der therapeutischen Konzepte, die nunmehr die Aussicht beinhalteten, in der Zukunft unter theoretisch begründbaren Prinzipien die Türen zur praktischen Politik weiter aufzustoßen. Die rasch an Bedeutung gewinnende Sozial-, Gesundheits- und Bevölkerungspolitik des bürgerlichen Staates steckte ungefähr die Zielbereiche und Wege ab, auf denen sich die Psychiatrie wieder etwas aus dem gesellschaftlich weitgehend abgeschlossenen Raum hätte herausmanövieren können, den die z.T. enger werdenden Anstalten und Universitäten darstellten. Durch ihre unterentwickelte ideologische und institutionelle Infrastruktur sowie die fehlenden politischen Ressourcen war sie damals allerdings noch weit davon entfernt, auf diese Expansionschance entsprechend vorbereitet gewesen zu sein. Deshalb hätte ihr zunächst auch der Zugriff auf gesellschaftliche und staatliche Experten- bzw. Entscheidungspositionen nicht gelingen kön-

nen. Bezeichnenderweise war es dann die gemeinschaftliche Arbeit eines Juristen (K.Binding) und eines Psychiaters (A.Hoche), die in den zwanziger Jahren auf diesem Weg neue Horizonte eröffnete; darauf wird später noch einzugehen sein.

Zunächst zurück zur Entwicklung der 'genuinen' Epilepsie. Beeinflußt vom Aufschwung des Hereditätsgedankens und der fortschreitenden Biologisierung der Psychiatrie, die vor allem auch den Vorzug zu haben schien, ihrer Empirie neue Impulse vermitteln zu können[8], verschob sich die Bedeutung der 'genuinen' Epilepsie allmählich zur hereditären Seite hin.[9] Eine erbliche Disposition zur Epilepsie wurde, wie E.Redlich 1912 sagte,

> "...nicht nur dort angenommen, wo sie nachweislich war, sondern (man hat) sie auch dort vorausgesetzt, wo nichts dafür vorlag, und ihr gegenüber ganz evidente, grobe Schädlichkeiten, die die Anamnese ergab, ... in den Hintergrund treten lassen, indem man annahm, daß all' dies nur unter der Voraussetzung einer Disposition epileptogen wirken könne. Das ist gewiß konsequent, aber es gibt der Lehre von der Ätiologie der Epilepsie vielfach einen direkt doktrinären Anstrich."[10]

Parallel zu dieser Betonung der hereditären Ursachen wurde der 'epileptische Charakter', wie wir gesehen haben, mehr und mehr mit der 'genuinen' Epilepsie verkoppelt und zu einem pathognomonischen Grundbestandteil verdichtet. Auf der Forschungsseite bildete sich eine neue Verknüpfung von Genealogie mit der kurz zuvor aufgekommenen experimentell-psychologischen Richtung heraus[11], die ebenfalls zu neuartigen empirischen Methoden anregte.[12]

Nach der Unterbrechung durch die Kriegsjahre versuchte die Mehrheit der Autoren aus "dem Trümmerfeld, in welches der ursprünglich einheitliche, wenn auch unklare Epilepsiebegriff zerschlagen worden ist"[13], noch entschiedener die 'genuine' Epilepsie zu retten[14] so daß Redlich 1924 feststellte:

"die Mehrzahl, wie ich mit Bedauern, wenn auch nicht mit Überraschung konstatieren muß, hält an dem Begriff der genuinen Epilepsie fest, wiewohl allgemein zugegeben wird, daß die Zahl der hiehergehörigen Fälle wesentlich einzuschränken ist; ja es wird vielfach betont, daß die genuine Epilepsie eigentlich nur durch negative Merkmale charakterisiert sei."[15]
"Es spielen da zweifellos bei den Autoren immer wieder theoretische Voraussetzungen eine große Rolle, die vielfach nicht genügend fundiert sind. Man hat manchmal den Eindruck, daß es sich zum Teil um eine Doktorfrage handelt."[16]

Zu fest hatte sich dieses Konzept mit den vorherrschenden psychiatrischen Grundthemen der Erbbiologie und Endogenität verbunden. Dabei schwankten die von den verschiedenen Autoren angegebenen Zahlen für die hereditäre Belastung bei Epilepsie zwischen 9 % und 87 %[17]. Weiteren Auftrieb erhielt die 'genuine' Epilepsie indirekt durch das 1921 publizierte Konzept von Ernst Kretschmer, den beiden sog. endogenen Psychosen bestimmte Körperbautypen zuzuordnen und als jeweils anlagemäßig vergesellschaftet zu betrachten.[18] Kretschmer versuchte, aus dieser Verknüpfung auf analoge Verhältnisse innerhalb der Schwankungsbreite des nicht pathologischen Bereichs zurückzuschließen. Der postulierten anlagebedingten Affinität des asthenischen Körperbautypus' zur Schizophrenie/Schizoidie sollte die des pyknischen Typus' zur Zyklothymie/Zykloidie entsprechen. Auf die Epilepsie hatte Kretschmer seinen Ansatz nicht unmittelbar angewendet; für Hans Delbrück[19] aus wenig stichhaltigen Gründen: ihm schien er geradezu prädestiniert zu sein, das Verhältnis von 'epileptischem Charakter' und einer konstitutionell begründeten 'genuinen' Epilepsie mit Hilfe der neugewonnenen Erkenntnisse auf eine umfassendere Grundlage zu stellen.[20]

Zu Genealogie und experimentell-psychologischer Psychiatrie trat damit als weiterer Forschungsbereich die psychiatrisch-biologische Konstitutionslehre, die

einen Vorläufer in der anthropometrischen Methode der Entartungstheoretiker gehabt hatte. Die epilepsiebezogenen Forschungs- und Theorieansätze bewegten sich nunmehr jahrzehntelang fast ausschließlich in diesem Rahmen[21]; von Fall zu Fall verschoben sich lediglich die Akzente mehr zur Genealogie, wie bei K.Conrad, zur Konstitutionslehre, wie bei F.Mauz oder zur experimentellen Psychologie bzw. Psychopathologie.

Bei den Versuchen, auf dieser Grundlage das ungleiche Paar aus 'genuiner' Epilepsie und 'epileptischem Charakter' empirisch und konzeptionell wirkungsvoller zu unterfüttern, ergaben sich in den zwanziger und dreißiger Jahren neue Entwicklungslinien und Wandlungsprozesse für beide Teile, die sowohl in die Ideologie der nationalsozialistischen Rassenpolitik überleiteten wie zu zwei maßgeblichen Neuformulierungen der Konzepte durch Mauz und Stauder gegen Ende der dreißiger Jahre; auf beides wird später noch gesondert eingegangen. Hier sind zunächst die dorthin führenden Entwicklungslinien aufzuzeigen. Dazu wird der Zugang zu den vorzustellenden Varianten der verklammerten Theoreme im folgenden von beiden Richtungen her eingeschlagen, zunächst vom 'epileptischen Charakter', dann von der 'genuinen' Epilepsie ausgehend.

H.Delbrück, auf den oben schon verwiesen wurde, unternahm 1926 aus dem genannten Grund den Versuch, Kretschmers Ansatz auf die Epilepsie anzuwenden, ja ihn 1928 in diesem Punkt gewissermaßen gegen Kretschmer selbst zu verteidigen.[22] Dabei ging er kritisch mit den gängigen Fassungen des 'epileptischen Charakters' ins Gericht:

> "Bei all diesen Schilderungen des epileptischen Charakters vermißt man einen einheitlichen Gesichtspunkt. Es werden die verschiedensten Punkte wahllos nebeneinander aufgezählt, ohne daß daraus ein plastisches Bild des epileptischen Charakters entstünde. Die Angaben über Rücksichtslosigkeit und Egoismus werden genau so betont wie die harmlose Auffassung aller Vorgänge, die Religiosität ebenso

wie die Zornmütigkeit, und dazu muß bemerkt werden, daß die meisten Epileptiker von all diesen Eigenarten nichts zeigen ..."[23]

Dieses inkohärente Gebilde nach dem Kretschmerschen Vorbild neu zu ordnen und zusammenzufassen, war das Ziel Delbrücks. Kretschmer hatte für den 'schizoiden' Menschen die Charakterisierungsformel "gereizt und stumpf" gewählt; Delbrück brachte analog dazu die charakterologische Eigenart des 'epileptoiden' Menschen auf den Nenner "gebunden und getrieben" und begründete seine Auffassung mit einer charakterologisch-psychologischen Deutung der Persönlichkeit von Epileptikern:

"Der Epileptiker ist mit seiner ganzen Persönlichkeit gleichsam in der Hand einer Gewalt, die außerhalb seiner selbst zu stehen scheint: die ihn stets leicht verträumt erscheinen läßt, auch außerhalb seiner Dämmerzustände, und die dann plötzlich eine Explosion herbeiführt, die alles Maß überschreitet, die ihn zu Spiel, zu Trunk und anderen Leidenschaften treibt ..., die einerseits seinen Gesichtskreis beschränkt, so daß das ganze Interesse um die eigene Person kreist, die dann aber plötzlich den Blick erhellt, so daß er im tiefsten Glücksgefühl Gott und den Himmel erschaut.
Auf diese Polarität im Wesen des Epileptikers ist bisher zu wenig geachtet, und man legte zu viel Wert auf die eine Seite des Epileptoiden, auf die Reizbarkeit, Zornmütigkeit, Gewalttätigkeit. Aber gerade die Gebundenheit ist viel häufiger das Vorherrschende. Die meisten Epileptiker stehen in einem leichten Nebel; sie fassen wohl alles auf, der Verkehr mit der Umwelt erscheint ungestört, und doch hat ihr ganzes Reden und Handeln etwas Weltfernes. Sie versenken sich dabei nicht etwa autistisch in sich selbst ..., sondern sie suchen den Anschluß, sie strecken die Hand danach aus, aber es fehlt ihnen der freie Blick. Dazu kommt dann häufig die Verlangsamung des Gedankenablaufes, das Kleben am Thema, der enge Gesichtskreis, alles das gehört zusammen und findet sich angedeutet bei den meisten Patienten, und es führt ein fließender Übergang von ihnen zu dem bekannten Bild, das uns der verblödete Epileptiker bietet.
Aus dieser Gebundenheit heraus kommt es dann plötzlich zu jenen Entladungen und Verstimmungen, die uns wegen ihrer Unberechenbarkeit den Epileptiker so unheimlich erscheinen lassen. Plötzlich ist der so stumpf dahinvegetierende, gutmütige Patient ge-

> reizt, kein Mensch weiß, warum, und doch ist das kein autistisch unverständliches 'Einschnappen', sondern eine Verstimmung, zu der der Epileptiker gleichsam gegen seinen Willen geführt wird."[24]

Mit der Formel "gebunden und getrieben" glaubte Delbrück, den noch fehlenden "Schlüssel zum Verständnis des Epileptoiden"[25] gefunden zu haben. Andere Autoren setzten den Weg fort, den 'epileptischen Charakter' einer Binnen-Revision zu unterziehen. So postulierte Friedrich Mauz 1927 zwei unterschiedliche Typen 'epileptischen Charakters'. Der eine entsprach dem, was H.Roemer im Jahr 1910 als 'epileptoid' bezeichnet hatte; Mauz nannte ihn auch "explosiv-epileptoides Syndrom". Er zeichne sich u.a. durch starke motorische Erregbarkeit, explosiven Jähzorn sowie Intoleranz gegen Alkohol und Hitze aus. Im Gegensatz zum zweiten Typus sah Mauz in ihm eine für Epilepsie unspezifische, "mehr allgemeine cerebrale Merkmalsgruppe, die zwar in der genuinen Epilepsie auch vorkommt, aber nicht deren charakterologischen Grundzug bildet."[26] Diesen erblickte er im zweiten Typus, den er unmittelbar der 'genuinen' Epilepsie zuordnete; im Anschluß an Delbrück kennzeichnete er ihn mit dem Begriff Gebundenheit und führte weiter aus:

> "Die hierher gehörende Eigenschaftsreihe lautet: unfrei, nüchtern, fremd, unpersönlich, eng, unselbständig, unelastisch, pedantisch, umständlich, schwerfällig. Die vorherrschende Stimmungsrichtung ist Unlust, gesteigert bis zur nörgelnden Gereiztheit und mißtrauischen Gespanntheit oder Lustlosigkeit mit den Zeichen des Freudlosen, Leidenschaftslosen und Hingebungsarmen, der naiven Stumpfheit, ja der Gleichgültigkeit und Interesselosigkeit. Die hypersoziale Färbung tritt klar zutage."[27]

Ernst Kretschmer faßte diese zweite Merkmalsgruppe als 'hypersoziales Syndrom' zusammen und sah darin wie Mauz die wesentlichen Eigenschaften 'genuiner' Epileptiker.[28] U.Fleck wies dagegen darauf hin, daß er bei seinen Patienten eine "irgendwie echte Hypersozialität"[29] überhaupt nicht habe feststellen können. Und

im Hinblick auf die 'Reizbarkeit', die er als "vasomotorische Übererregbarkeit" auffaßte, war er der Ansicht, daß es sich dabei

> "... um etwas dem Organischen sehr Nahestehendes, recht Körpernahes, handelt.
> ...
> Ich meine nun, daß eine ganz ähnliche explosive abnorme Reagibilität auch durchaus bei Psychopathen, vor allem asozialer oder antisozialer Färbung zu finden ist. Das gleiche Syndrom findet man ja auch zuweilen bei anderen organisch Hirnkranken (z.B. bei Hirntumoren). Es handelt sich, soweit ich sehe, dabei um ein außerordentlich körpernahes charakterologisches Radikal."[30]

Auch das zentrale Merkmal der zweiten Gruppe von Mauz schien ihm nicht spezifisch für Epileptiker:

> "Bei dem Ausdruck Delbrücks der 'Gebundenheit' meine ich immer, daß schließlich ein sehr großer Teil aller organisch Hirnkranken das Eigenschaftswort 'gebunden' verdient. Ich brauche hier nur an Kranke mit erhöhtem Hirndruck zu erinnern... Diese 'Gebundenheit' ist doch schließlich nur eigentlich ein Ausdruck der organischen Hirnerkrankung. Ganz ähnlich geht es mir mit den Ausdrücken: unfrei, unelastisch, schwerfällig. Die naive Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit gehören wohl auch hierher."[31]

Einige Jahre zuvor war H.Krisch in seiner Kritik des 'epileptischen Charakters' noch weiter gegangen, fand aber wenig Resonanz damit, und nach seinen Ergebnissen von 1922[32] existierte kein einheitlich zur Epilepsie disponierender Charakter. Abgesehen vom empirischen Tatbestand könne man seine Existenz schon von vornherein ablehnen, weil eine polyätiologische Krankheitsgruppe nicht auf eine einheitliche Charakterdisposition zurückgehen könne. Krisch resümierte:

> "... den epileptischen Charakter im Bereiche der Norm (epileptothym) lehne ich prinzipiell ab und die Existenz der epileptoiden Psychopathen (analog dem Schizoid Kretschmers) lehne ich vorläufig auf Grund meiner persönlichen Erfahrungen ab ..."[33]

Auf der anderen Seite verschwanden die alten Auffassungen vom 'epileptischen Charakter' als Sammelsurium der unterschiedlichsten Stigmata keineswegs. Bei

K.Kleist und seiner Schule ging dieses Erbe nahezu unverändert in den Epileptoid-Begriff ein, nunmehr als unmittelbar erbbiologische Variante des 'epileptischen Charakters'. Darin drückte sich das Gegenteil der vorher skizzierten Tendenzen aus, dem 'epileptischen Charakter' durch eine bündelnde Neuordnung seiner Inhaltsstruktur zu größerer Kohärenz zu verhelfen. Dies war auch dem Erbbiologen K.Conrad zuviel, wie in seiner Kritik an Kleist und dessen Anhängern deutlich wird:

> "Hier tritt der Begriff (des Epileptoid) gleichsam plötzlich über seine Ufer: Frömmelei, Pedanterie, Geiz, Habsucht, Reizbarkeit, Engherzigkeit, Neigung zu Lügenhaftigkeit und zum Stehlen, Verschlossenheit, finsterer Charakter, Unaufrichtigkeit, sexuelle Triebhaftigkeit usw. - kurz alle nur erdenklichen schlechten menschlichen Eigenschaften - werden ebenso als epileptoide Züge bezeichnet, wie Schwachsinn, Migräne, Verstimmungen, alle Arten von episodischen Psychosen, Pyknolepsie, Narkolepsie, alle Arten von Anfallszuständen; oder wie die Symptome des Bettnässens, des Stotterns, der Linkshändigkeit, der Trunksucht ..., und zwar wird hier eine erbbiologische Beziehung angenommen, im Sinn einer 'Affinität' zur Epilepsie, nicht aber im Sinn einer Äquivalenz. Es handle sich bei allen oben aufgezählten Merkmalen, selbst bei charakterologischen Verhaltensweisen, wie der Frömmelei oder der Pedanterie, um nicht weiter aufspaltbare 'gebrauchsfertige' Merkmale (Gerum), welche zwar selbständig vererbt werden, jedoch zueinander affin sind."[34]

K.Westphal kam 1931 in seinem Sammelreferat über 'Körperbau und Charakter der Epileptiker' zu dem Ergebnis, daß die Bedenken Flecks gegen das 'explosiv-epileptoide Syndrom' durchaus etwas für sich hätten, daß sich nämlich das 'Epileptoid' sowohl in der psychopathischen wie der hirntraumatischen Nachbarschaft der 'genuinen' Epilepsie auch häufig fände. Ebenso sicher sei aber, daß ein Teil der 'genuinen' Epileptiker dieselben Züge aufwiese, sodaß vorerst das 'Explosiv-epileptoide' weiterhin als Charaktersyndrom von Epileptikern zu gelten habe. Dagegen kämen dem 'hypersozialen Syndrom' bzw. der 'Gebundenheit' "engere und jetzt schon gesichertere Beziehungen zur klinischen Kerngruppe der genuinen Epilepsie"[35] zu. Gegen die Ein-

wände Flecks verwies Westphal auf

> "... das Vorkommen solcher hypersozialer Züge in der nicht manifest epileptischen Verwandtschaft genuiner Epileptiker... Man wird also daran festhalten, daß zum mindesten das hypersoziale Syndrom etwas für den epileptischen Charakter Spezifisches darstellt."[36]

Bis zum Beginn der nationalsozialistischen Zeit waren, um es zusammenzufassen, also drei Haupttendenzen in der Entwicklung des 'epileptischen Charakters' vorhanden. Zum einen Bestrebungen für eine innere Neuordnung, die seine Kohärenz steigern sollte. Dazu wurden neue, mit empirischen Teilen versehene Methoden zu Hilfe genommen. Die Binnenrevision ergab im wesentlichen einen beträchtlichen Bedeutungszuwachs für das Merkmal 'Hypersozialität' und einen Bedeutungsverlust des Merkmals 'Reizbarkeit'. Zum anderen gab es eine Tendenz, den 'epileptischen Charakter' ohne innere Umgestaltung fast wahllos auszuweiten, was zu einer Einschränkung seiner Kohärenz hätte führen können und sich im weiteren Verlauf nicht durchsetzte. Zum dritten wurden nun auch vereinzelt kritische Stimmen laut, ohne sich allerdings Gehör verschaffen zu können.

Was nun die Entwicklung der 'genuinen' Epilepsie und ihres Verhältnisses zum 'epileptischen Charakter' anbetrifft, so setzte O.Foerster auf der Jahrestagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte, die 1926 in Düsseldorf stattfand, das Signal für die Umkehrung der noch gültigen, restriktiven Sichtweise, die die 'genuine' Epilepsie nur im Ausschlußverfahren diagnostiziert und zugunsten der symptomatischen Formen zurückgedrängt wissen wollte. Diese Haltung wurde noch 1924, wie oben angeführt, von Redlich als recht verbreitet angesehen. Demgegenüber könne, so Foerster, die erhöhte Krampfbereitschaft, durch die sich Epileptiker auszeichneten, ererbt sein. Sie stelle

> "ein bestimmtes Erbmerkmal dar, das nicht nur bei genuinen Epileptikern, sondern bei Kranken mit Anfällen anderer Genese (Trauma, Tumor, Cysticerc. usw.) durch sorgfältige Erbforschung aufgedeckt werden kann."[37]

Die sog. epileptische Charakterveränderung komme, wie die Anfälle selbst, auch bei sehr vielen anderen Noxen als bei der 'genuinen' Epilepsie vor, sei also nicht streng spezifisch, sondern "zum Teil wohl sicher die Folge der verschiedenen das Gehirn treffenden Noxen, zum Teil ein der psychischen Konstitution jedwedes Krampfkranken zugehöriger Komplex..."[38] In ihrer diagnostischen Wertigkeit stufte er sie höher als körperbauliche Merkmale ein:

> "Viel konstanter als alle somatischen Zeichen des Krampfkranken ist meines Erachtens der psychische Konstitutionstypus. Die Züge der epileptischen Charakterveränderung finden sich bei der Majorität aller Krampfkranken, einerlei welcher Genese. Vor allem finde ich die Züge der epileptischen Charakterveränderung ungemein oft bei den Angehörigen, besonders bei Vater und Mutter. Die epileptische Charakterveränderung scheint ein der gesteigerten Krampfbereitschaft koordiniertes Erbmerkmal darzustellen."[39]

Dies deckte sich bei entsprechender Interpretation z.T. mit Erfahrungen, die M.Isserlin und E.Feuchtwanger an Kriegshirngeschädigten gesammelt hatten. Aus ihnen ging hervor, daß sich die "fortschreitende epileptische Persönlichkeitsveränderung" (Isserlin) auch bei Epilepsien traumatischer Genese entwickeln konnte, wenn auch in kleinerer Zahl. Hätte man angenommen, daß dadurch die Rolle des 'epileptischen Charakters' als Differentialdiagnostikum und vielleicht die 'genuine' Epilepsie selbst etwas in Zweifel geraten wären, so trat eher das Gegenteil ein. Wie bei Foerster wurde die symptomatische Epilepsie mit einer anlagebedingten Krampfbereitschaft unterlegt, die sich durch das Trauma nun manifestiert habe.

Darin wiederholte sich ein Argument, das Redlich schon 1912 referiert und mit einem Zitat des franzö-

sischen Epilepsie-Forschers L.Marchand zurückgewiesen hatte:

> "Immer von Disposition zu sprechen, um erklären zu wollen, warum bei derselben Affektion das eine Mal epileptische Anfälle auftreten, das andere Mal nicht, heißt unsere Unwissenheit verhüllen und eine Frage aus der Welt zu schaffen, ohne sie zu lösen."[40]

Gegenüber damals wurde jetzt allerdings betont, daß die postulierten Charakterveränderungen häufig auch bei den Angehörigen, besonders den Eltern von Anfallskranken zu finden seien. Dies wurde unmittelbar in eine Begründung für den Schluß umgewandelt, daß der 'epileptische Charakter' und Epilepsie nicht nur im Phänotyp aneinander gebunden seien, was mittlerweile fast als selbstverständlich galt, sondern auch im Genotyp. Damit verlängerte sich die vorher schon ansehnliche Kette spekulativer Konstruktionen um ein entscheidendes Glied: nun war die konzeptionelle Voraussetzung für eine Beteiligung des 'epileptischen Charakters' an der späteren 'Vernichtung lebensunwerten Lebens' endgültig vorhanden.

Während H.W.Gruhle 1930 noch daran festhielt, daß die "genuine Epilepsie eine endogene Erkrankung per exclusionem"[41] darstelle, wandte sich der Kraepelin-Schüler G.Stertz 1933 nachdrücklich gegen diese Auffassung:

> "Mit der Mehrzahl der Autoren halten wir an der Anerkennung der genuinen Epilepsie als einer in sich geschlossenen Krankheitseinheit fest und sind der Ansicht, daß für sie im allgemeinen eine positiv gerichtete Diagnostik möglich und am Platz ist. Ich möchte mich sogar denen anschließen, welche meinen, in nicht wenigen vorgeschrittenen Fällen des Leidens aus körperlichen Merkmalen (kräftiger, massiver Körperbau) und der Eigenart der psychischen Ausdrucksformen die Diagnose auf den ersten Anblick stellen zu können."[42]

Seine Position stand bezeichnenderweise bereits unter 'eugenischen' Vorzeichen, wie seine Ausführungen zur Therapie der 'genuinen' Epilepsie zeigen. "Das

beste Mittel wäre die Prophylaxe, die nur in eugenischen Maßnahmen bestehen kann."[43]

Die erbbiologische Vereinnahmung der 'genuinen' Epilepsie und des 'epileptischen Charakters' war nun vollzogen. Der Standpunkt, daß die 'genuine' Epilepsie keineswegs nur eine Ausschlußdiagnose darstelle, sondern positiv zu fassen sei, gewann an Boden, wobei es wiederum der 'epileptische Charakter' war, der hier zu den ausschlaggebenden Momenten gezählt wurde.

Die 'genuine' Epilepsie wurde über den Umweg der anlagebedingten erhöhten Krampfbereitschaft auch den symptomatischen Formen zugrunde gelegt. In der Diagnosestellung wurde damit die Grenze zwischen 'genuiner' und symptomatischer Epilepsie noch unschärfer als vorher. Der argumentative Kern der Entwicklung fußte auf einer gedanklichen Kette, in der spekulative und tautologische Elemente sich vermischten: weil der 'epileptische Charakter', der früher als spezifisch für die 'genuine' Epilepsie gegolten hatte, sich bei allen Epilepsie-Formen entwickeln könne und zudem bei den anfallsfreien Eltern und anderen Angehörigen von Epileptikern zu beobachten sei, stelle er, wie die erhöhte Krampfbereitschaft, auch ein Erbmerkmal dar; und aus diesen Gründen seien auch so gut wie alle Epilepsie-Formen zu einem großen Teil als anlagebedingt anzusehen.

Unbeschadet dessen zeigte sich die Psychiatrie - im Unterschied zu der Zeit vor 50 Jahren - nun unter veränderten Bedingungen besser darauf vorbereitet, eine gewichtigere Rolle im politischen Raum zu spielen und, wenn auch unter Skrupeln und z.T. verdecktem, selten offenem Widerstand, an der Erreichung von politischen Zielen des Nationalsozialismus mitzuwirken. Davon handelt im Hinblick auf den 'epileptischen Charakter' der nun folgende Abschnitt.

6.2 Zur Rolle des 'epileptischen Charakters' in der nationalsozialistischen Rassenpolitik

Schon kurze Zeit nachdem das Hitler-Regime an die Macht gekommen war, wurde am 14.Juli 1933 das 'Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses' verabschiedet und am 1.1.1934 in Kraft gesetzt. Dies war deshalb möglich, weil es noch in der Weimarer Republik unter der Mitarbeit von Ernst Rüdin, Direktor des Kaiser-Wilhelm-Institutes für Genealogie und Demographie der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, vorbereitet worden war. Darin wurde die zwangsweise Sterilisierung von Patientengruppen legalisiert, die als erbkrank galten:

> "Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden." (§1, Abs.1)

Als Erbkrankheiten wurden aufgezählt: angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres (manisch-depressives) Irresein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea), erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Mißbildung, außerdem schwerer Alkoholismus.

Nach Begrifflichkeit, Inhalt und Geist machte das Gesetz aus Patienten Angeklagte, die ihre Unschuld zu beweisen hatten, die im Verdachtsfall angezeigt wurden, über deren Zulassung zur Generativität vor einem sog. Erbgesundheitsgericht verhandelt und entschieden wurde, die auch mit Zwangsmitteln den vorgesehenen Maßnahmen unterworfen wurden. Auf den weiteren Inhalt und die Begründung des Gesetzes sowie auf die in ihm festgelegten Verfahrensweisen wird hier nicht näher eingegangen.[44]

In den halboffiziellen Erläuterungen zum Gesetzestext von A.Gütt, E.Rüdin und F.Ruttke wurde ausgeführt, was unter "erblicher Fallsucht" verstanden werden sollte, nämlich

> "der große Bereich derjenigen Krankheitsbilder, die wir heute noch unter dem Namen der genuinen, essentiellen Epilepsie zusammenfassen... Dies ist eine Krankheitsgruppe, bei der das periodische Auftreten von Krampfanfällen mit schwerer Bewußtseinstrübung verbunden ist, desgleichen dabei andere periodische Bewußtseinsstörungen wie Dämmerzustände, Ohnmachten, Absencen, kurze periodische Verstimmungen ohne äußeren Anlaß usw. vorkommen. Zum charakteristischen Gepräge gehören auch der Beginn der Krankheit meist im jugendlichen Alter, dann das Auftreten einer typischen, chronischen und vielfach deutlich fortschreitenden Pedanterie, Umständlichkeit, Schwerfälligkeit, z.T. auch Frömmelei, Reizbarkeit, Vergeßlichkeit und der durch geistige Umwandlung gekennzeichnete sogenannte epileptische Charakter, die sogenannte epileptische Verblödung usw."[45]

Damit war die 'genuine' Epilepsie nun auf dem Gesetzesweg endgültig zu einer Erbkrankheit geworden. K.Pohlisch bezeichnete in seinem Referat über Epilepsie auf der Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater von 1937 die 'erbliche Epilepsie' nun auch als einen "Pleonasmus". "Epilepsie und epileptisch bleibt für erblich reserviert und wird analog zum Ausdruck schizophren und manisch-depressiv gebraucht."[46] Die Bezeichnung symptomatische Epilepsie wollte er fallen lassen; ebenso seien die Ausdrücke genuine, essentielle, idiopathische Epilepsie "auszumerzen, weil sie nicht ausschließlich für erbliche Fälle, sondern auch für solche unbekannter Ätiologie angewandt werden."[47]

Im Gesetzes-Kommentar selbst wurde zur weiteren Begründung die Behauptung aufgestellt, daß "der Beweis der Veranlagung zu den Krankheitsbildern der genuinen Epilepsie... als generell erbracht anzusehen"[48] sei. Es brauche daher für die Beurteilung nicht entscheidend zu sein, daß in jeder Familie eines "Genuinepileptikers" noch weitere Epilepsie-Fälle aufge-

treten sein müßten. Die Gesamtzahl der von dem Gesetz betroffenen, an "erblicher Fallsucht" erkrankten Personen wurde im Deutschen Reich auf ca. 100 000 geschätzt.

Die Erläuterungen von Gütt, Rüdin und Ruttke konnten die Kluft zwischen der Vieldeutigkeit und Widersprüchlichkeit der Forschungssituation und der notwendigen Klarheit natürlich auch nicht überbrücken, die für eine auf, wenigstens formale, Rechtsstaatlichkeit und einheitliche Anwendung gegründete Ausführung des Sterilisierungsgesetzes unabdingbar gewesen wäre.[49] Erbbiologische Kurse sollten zur Rückübersetzung der gesetzlichen Vorschriften in die psychiatrisch-diagnostische Praxis beitragen. Im Rahmen eines derartigen Kurses, er wurde im März 1934 an der Berliner Charité abgehalten, versuchte Heinrich Schulte die diagnostischen Leitlinien für die erbliche Fallsucht abzustecken. Sie erbrachten jedoch alles andere als eine eindeutige Abklärung; mit Bedauern, so scheint es, mußte er die wahre Lage bekennen:

> "Die Epilepsieforschung wird von dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses in einem Stadium überrascht, in dem die Diagnose 'genuin' noch immer eine Diagnose per exclusionem geblieben ist. Denn keine der vielen Bemühungen um positive diagnostische Merkmale ist bisher unbestritten geblieben bzw. hat allgemeine Anerkennung gefunden."[50]

Am besten gesichert erschienen ihm noch die Ergebnisse der Erbwissenschaft; auch sie waren jedoch weit von schlüssiger Diagnostik im Einzelfall entfernt. Aber wesentlich unsicherer noch seien die Antworten geblieben,

> "die von seiten der Konstitutionsforschung auf die Frage nach evtl. Typenmerkmalen des genuinen Epileptikers gegeben werden konnten. Eine gewisse Übereinstimmung herrscht nur darin, daß in körperlicher Hinsicht dysplastische Züge... kennzeichnend zu sein scheinen, die sich in den Störungen der normalen Proportionen zwischen Rumpf und Extremitäten, in der übermäßig starken Entwicklung des Knochengerüstes, der derben und großen Beschaffen-

heit der Hände und Füße, dem breiten Becken und dgl. gelegentlich äußern können. Von endokrinologischer Seite aus wurden... gewisse Funktionsanomalien, besonders der Schilddrüse, mit der epileptischen Erbanlage in Zusammenhang gebracht..., durch mancherlei Beobachtungen aber nicht bestätigt. Damit ist man schon ins Gebiet der bloßen Theorien gelangt, die wohl bei keiner Krankheitsgruppe unseres Faches so üppig wuchern wie bei der Epilepsie. So wird man vorerst im wesentlichen noch auf die Diagnose per exclusionem angewiesen bleiben."[51]

Wie H.Schulte betonte auch Karl Bonhoeffer im Vorwort der gedruckten Fassung der im Rahmen des Kurses gehaltenen Vorträge die Notwendigkeit weiterer Forschungen. Der Kenntnisstand, den das Gesetz und die Erläuterungen vorspiegelten, war erst noch zu erreichen, wollte man nicht rassenpolitische Entscheidungen als wissenschaftliche Erkenntnisse ausgeben und wollte man die Anwendung des Gesetzes nicht dem individuellen Gutdünken von Gutachtern und Erbgerichten überlassen. In den nun folgenden Jahren meldete sich eine Reihe von Autoren zu Wort (Bonhoeffer, Villinger, Ewald, Pohlisch, Stauder), um ihre Auffassungen der diagnostischen Richtlinien für 'erbliche Fallsucht' darzulegen und nicht zuletzt auf ihre weitere Festlegung Einfluß zu nehmen; in diese Kontroverse hinein, in der sich rassenpolitische Praxis und psychiatrische Theoriebildung zeitweilig recht nahe kamen, erschien dann 1936 die zweite, umgearbeitete Fassung des Kommentars von Gütt, Rüdin und Ruttke zu dem zwischenzeitlich in einigen Punkten geänderten Sterilisierungsgesetz.

Auf der realistischen Linie von H.Schulte bewegte sich K.Bonhoeffer auch, als er 1935 zu einer Anfrage Stellung nahm, die ein Dr.S. in F. an die Redaktion der Zeitschrift 'Medizinische Welt' gerichtet hatte und darin um "schärfste und klarste Diagnosenherausarbeitung" nachsuchte. Diesem Ansinnen glaubte Bonhoeffer nicht entsprechen zu können, da auch der erfahrene Epilepsiekenner bei dieser Diagnose häufig

über eine bedrückende Unsicherheit, über Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten nicht hinauskäme. "Es ist kein Zufall, daß auch bei den Erbgerichten die Epilepsie diejenige Erkrankung ist, die wohl am häufigsten zu Zweifeln und zu besonderer fachärztlicher Begutachtung Veranlassung gibt."[52] Daß die Frage der Erbepilepsie noch weiterer Klärung bedürfe, gehe auch daraus hervor, daß es noch namhafte Neurologen gebe, die die Erblichkeit der Epilepsie in Abrede stellten und das nicht zu bestreitende, gelegentlich gehäuftere Vorkommen der Erkrankung in bestimmten Familien auf exogene Schädigungen zurückführten. Die diagnostischen Hauptschwierigkeiten sah er dort, wo die Familienanamnese keine hereditären Anhaltspunkte erkennen lasse. Die sich daraus ergebende Frage, ob eine Epilepsie lediglich aus dem klinischen Erscheinungs- und Verlaufsbild mit Sicherheit als erblich zu diagnostizieren sei, verneinte er mit dem Hinweis, daß deren Symptomatologie nicht eindeutig genug sei. Es sei, so Bonhoeffer, zwar richtig,

> "daß ein frühzeitiges, spätestens im 3. Lebensjahrzehnt einsetzendes, in unregelmäßigen Zwischenräumen sich wiederholendes Auftreten generalisierter epileptischer Anfälle ohne Herdsymptome mit allmählich sich einstellender intellektueller und affektiver Wesensveränderung im Sinne der Pedanterie, Umständlichkeit und Reizbarkeit das Bestehen einer erblichen Fallsucht recht wahrscheinlich macht... Die klinische Erfahrung zeigt aber andererseits, daß auch die früh einsetzende symptomatische Epilepsie, die durch Geburtstraumen, Frühencephalitiden usw. verursacht ist, klinisch hinsichtlich des Anfallscharakters, der psychischen Veränderungen, wie des Verlaufs denselben Charakter zeigen kann, wie die erbliche Form."[53]

Es könne deshalb vorkommen, daß der symptomatische Charakter einer Epilepsie als solcher objektiv nicht mehr zu diagnostieren sei und das Bild der genuinen Form vorgetäuscht würde. "Dieses diagnostischen Unsicherheitsmomentes wird man sich bewußt bleiben müssen..."[54]

Mit dieser Haltung fand Bonhoeffer wenig Widerhall bei seinen Kollegen. Als einziger der genannten Autoren trat er für eine Begutachtungspraxis ein, die bestrebt sein sollte, sinngemäß sozusagen nach dem Grundsatz zu entscheiden: im Zweifel für den Patienten, und empfahl folgendes Vorgehen:

> "Bei dem heutigen Stand unserer Kenntnisse über die Epilepsie wird der Praktiker in dem Falle des Fehlens neurologischer Symptome und charakteristischer encephalographischer Befunde bei im übrigen typischen Bilde die Aufgabe haben, die Erblichkeitsfrage unter Anwendung aller Mittel sorgfältig zu klären. Läßt sich dann bei ausreichender Zahl der Glieder der Familie und des Verwandtenkreises und ausreichender Kenntnis ihrer Morbiditäts\verhältnisse, ihres Lebensganges kein Anhaltspunkt für eine Erblichkeit des Leidens feststellen, so wird man ein non liquet auszusprechen haben. Ist ein Überblick über die Verwandtschaftsverhältnisse (Unehelichkeit u.a.) nicht zu bekommen, so wird man nur bei sehr typischer Symptomen- und Verlaufsgestaltung der Epilepsie auf somatischem und psychischem Gebiet in der Lage sein, mit einer größeren Wahrscheinlichkeit die Erblichkeit des Leidens anzunehmen."[55]

Mit diesen Leitlinien konnte sich Bonhoeffer jedoch nicht durchsetzen. Ewald, Pohlisch und Villinger lehnten ihre restriktive Tendenz ab und befürworteten eine Begutachtungspraxis, die den Geltungsanspruch der Diagnose 'erbliche Fallsucht' auszuweiten bestrebt war. Villinger räumte zwar ein, daß trotz gründlichster Untersuchung organische oder exogene Ursachen übersehen werden könnten; wenn aber, nach Abzug der durch die Sippenforschung als erblich erkannten Fälle,

> "der große Rest der durch Ausschließung aller äußeren Ursachen zu sichernden Fälle zu diagnostischen Unbehaglichkeiten und Schwierigkeiten immer wieder Anlaß gibt, darf dies keineswegs ein Grund sein, ihn im Bonhoeffer'schen Sinne als nicht erblich anzusehen."[56]

Das medizinische Ethos, mit dem eine derartige Haltung verbunden war, fühlte sich nicht mehr in erster Linie dem einzelnen Menschen verpflichtet, sondern dem Kollektiv eines sog. Volksganzen. Die persönliche Identifikation mit der ungeheuren nationalen Aufgabe, die

die Psychiatrie gemeinsam mit dem nationalsozialistischen Staat nun in Angriff nehmen wollte, mag dazu geführt haben, daß eine abweichende Haltung den Anhängern der Eugenik fast wie ein Aufruf zur Sabotage erschien, der nicht nur die Effektivität und Anerkennung der psychiatrischen Anstrengungen in Frage stellte, sondern am Ende auch die Ziele der 'nationalen Sache'. Es war wohl die unbezweifelbare Autorität Bonhoeffers als international anerkannte Kapazität, die ihn hier vor schärferen Angriffen bewahrte. In der Identifikation mit der 'neuen Zukunft', die einen erheblichen Teil der psychiatrischen Ärzteschaft erfaßt hatte und in besonderem Maß auch die Zukunft der eigenen Profession meinte, drückten sich, wie hier der Kürze wegen nur zu vermuten ist, nicht zuletzt eine unabgegoltene, über Generationen hinwegreichende Enttäuschung, ja vielleicht Verbitterung aus, in denen sich Persönliches und Professionelles vermischten. Sie waren gespeist worden aus dem, trotz mancher Fortschritte, nach wie vor schmerzlich geringen Maß an therapeutischen Möglichkeiten[57], was von manchen im Fächervergleich als latente Vorhaltung empfunden worden sein mag; und weiter dürfte die vergleichsweise geringe gesellschaftliche Anerkennung hier eine Rolle gespielt haben, auf eine Formel gebracht sozusagen die Undankbarkeit der eigenen Aufgabe, der Patienten und der Öffentlichkeit.

Zurück zur Rolle des 'epileptischen Charakters' im Rahmen der Sterilisierungspraxis. Schon ca. ein Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes berichtete Werner Villinger, leitender Arzt der größten Epileptiker-Anstalt in Deutschland (Bethel), in einer Zwischenbilanz über seine dortigen 'Erfahrungen mit dem Erbkrankheitenverhütungsgesetz', das er ausdrücklich herbeigewünscht und immer wieder als Notwendigkeit gepredigt habe. Er resümierte sie so:

"Das Gesetz hat sich über Erwarten gut eingeführt. Grobe technische Mängel sind behoben. Manches bleibt

noch zu verbessern. Diagnostische Schwierigkeiten und Unsicherheiten werden und können nie aufhören. ...
Der Widerstand war verhältnismäßig gering und ist weiterhin im Abnehmen, das Verständnis für rassenhygienische Maßnahmen und für sexuelle Verantwortlichkeit in erfreulichem Wachsen."[58]

Innerhalb von sechzehn Monaten wurden in einem diagnostischen Massenverfahren von den rund 2400 Epileptikern und organisch Nervenkranken Bethels 1470 al erblich fallsüchtig diagnostiziert. Dabei sei von der "groben Faustregel" ausgegangen worden;

"überall, wo bei ausgebildetem epileptischem Symptomenkomplex stichhaltige Anhaltspunkte für eine exogene Entstehung der Epilepsie nicht nachgewiesen oder wahrscheinlich gemacht werden können, ist erbliche Fallsucht im Sinne des Gesetzes anzunehmen auch wenn in der Aszendenz Krampfkrankheiten, Migräne, spezifische Psychopathie und was sonst noch in den Erbkreis der Epilepsie gehört, nicht vorliegen."[59]

Bis zum 30.4.1935 wurden 2510 Patienten als Erbkranke 'angezeigt' bei einer Gezamtzahl von ca. 3700 Patienten in Bethel; von 512 gestellten Sterilisierungsanträgen waren 400 erbgesundheitsgerichtlich entschieden worden, 19 davon ablehnend; in 20 Fällen war Beschwerde beim Erbgesundheitsobergericht eingelegt worden. Bei 308 Patienten war zu diesem Zeitpunkt[60] die Sterilisierung bereits vorgenommen worden; Zwangsmaßnahmen waren nur bei einem Prozent der rechtskräftigen Sterilisierungsbeschlüsse erforderlich. Für den erstaunlich geringen Widerstand gab Villinger folgende Erklärungen, die die tatsächlichen Umstände und die unheilvolle Rolle der Psychiatrie erahnen lassen;

"Die Wiedererstarkung der Staatsautorität und die Propaganda, die für das Gesetz und für die Ideen der Rasse, der Rassenhygiene und der Bevölkerungspolitik durch Presse, Vorträge und Schriften sowie durch die (eigene) ärztliche Belehrung der Kranken und des Pflegepersonals gemacht worden war, hatten den Boden gelockert für das Verständnis, das dieses Gesetz sowohl von den Erbkranken selbst wie von den Angehörigen und allen Mitwirkenden fordert. So war

die anfänglich von manchen Seiten befürchtete Abwehrhaltung der Krankenschaft und ihrer Familien doch nur in verhältnismäßig geringem Umfang zu beobachten. Im Einzelfalle mag auch der Hinweis auf Geländefreiheit, Urlaub oder Entlassung, die sonst nicht zu erreichen waren, den freiwilligen Entschluß zur eigenen Antragstellung ein wenig erleichtert haben. Das Wichtigste war jedoch die eingehende, dem Verständnis und der Eigenart des einzelnen Patienten sorgfältig angepaßte psychotherapeutische und die in unserer Anstalt nicht zu unterschätzende seelsorgerliche Beeinflussung, die die inneren Widerstände und seelischen Nöte oft durch wiederholte, mühsame Bearbeitung zu überwinden, der mangelnden Einsicht abzuhelfen hatte. Das war kein leichtes Stück Arbeit, zumal vielfach der Widerstand der Kranken gestützt oder erst entfacht wurde durch die Angehörigen. Obschon die Evangelische Kirche und die Innere Mission (als Träger der Anstalt, d. Verf.) sich von vornherein auf den Boden des Gesetzes stellten, war es manchen Kranken und ihren Familienangehörigen zunächst eine Enttäuschung, daß man auch in Bethel nicht vor den Auswirkungen des Gesetzes geborgen war. Religiöse Bedenken ernsthafter Art sind übrigens im großen und ganzen selten und vorwiegend zu Beginn der Durchführung des Gesetzes vorgebracht worden. Sehr viel häufiger - und weniger leicht zu entkräften war der Einwand, daß die Anstalten zur Falle geworden seien; man komme glatt hinein, aber nicht ungerupft heraus; wer draußen bleibe, habe es besser. Was die Mehrzahl der Epileptischen am meisten bedrückte, war das Gefühl, durch die Operation zu Menschen zweiter Klasse zu werden. Gerade der in seinem Ehrgefühl so verletzliche Epileptiker wehrt sich dagegen mit aller seiner besondersartigen Energie, Zähigkeit und querulatorischer Nörgeligkeit. Die tatsächliche Seite der Sache bekümmert ihn weit weniger. In einzelnen Fällen kamen Epileptiker sogar aus freien Stücken und baten um Sterilisierung, teils aus echter, teils aus urteilsschwacher, geltungsbedürftiger Begeisterung und Opferfreudigkeit, teils weil sie sich davon die Befreiung von ihrem Leiden versprachen.
Beim Epileptiker hat sich zur Vorbereitung auf die Unfruchtbarmachung der Gedanke des Opfers, der ihm vom religiösen Leben her naheliegt, als besonders wirkungsvoll erwiesen.
...
Aber auch nachher (nach erfolgter 'freiwilliger' Antragstellung, d.Verf.) kam es dann doch bisweilen plötzlich wieder zu Zurücknahmen des Antrages oder nach Rechtskräftigwerdung des Urteils zur Ablehnung des Eingriffs. Kümmerte man sich darum nur wenig, sondern führte den Eingriff wie selbstverständlich durch, so ging alles überraschend glatt. Ließ man

sich auf Auseinandersetzungen ein, so erwuchs u.U. zunehmender Widerstand bis zum völligen Negativismus."[61]

Dieser letzte Passus stand sogar im Widerspruch zum Gesetzestext. Nach Paragraph 2, Absatz (3) konnte der Antrag auf Sterilisierung ausdrücklich zurückgenommen werden.

Im Jahr 1936 war es G.Ewald, Ordinarius in Göttingen, der 'nochmals die Epilepsie im Sterilisationsverfahren' thematisierte. In dieser Arbeit bezog er sich auf die soeben publizierten Ergebnisse der Zwillingsstudien von K.Conrad[62], durch die er die Frage, ob es eine erbliche Epilepsie überhaupt gebe, eindeutig und endgültig im bejahenden Sinn beantwortet sah, was ihn in seiner längst feststehenden Meinung bestätigt habe. Ewald erlag hier, wie es scheint, einer Suggestion; denn die allgemeine Möglichkeit erblicher Ursachen anzuerkennen, bedeutete ja keineswegs, Gutachter in die Lage zu versetzen, die Erblichkeit im Einzelfall zu sichern oder auch nur in einem hohen Maß wahrscheinlich zu machen, wie es im Gesetzestext hieß. Ewald schloß sich hier wohl der verbreiteten Übung an, eine feststehende Meinung durch willkommene Forschungsergebnisse nachträglich zu unterlegen.

"Eindrucksmäßig stand dies ja für jeden fest, der das scharf umrissene, zu traurigster Verblödung führende Krankheitsbild der 'genuinen' Epilepsie in jahrelangen Beobachtungen als Anstaltsarzt verfolgen konnte. Mit ihrem schwerfälligen, umständlichen, reizbar-gewalttätigen Wesen, mit ihrer athletisch-dysplastischen Massivität des Körperbaues gehörten diese Kranken in bestimmtem Prozentsatz so absolut und in einer so überraschenden Gleichförmigkeit ihres körperlichen und psychischen Kolorits zum Inventar einer jeden Anstalt, daß an der nosologischen Einheitlichkeit dieser Krankheitsgruppe von dem Anstaltsarzt, der die Typen ständig vor Augen hatte, wohl kaum jemals ernstlich gezweifelt worden ist."[63]

Die "Ausbeute" an erblicher Belastung bei der 'genuinen' Epilepsie schien so groß, daß kein Verstän-

diger Bedenken darüber vorbringen könne, daß der Gesetzgeber die 'erbliche Fallsucht' in das Sterilisierungsprogramm aufgenommen habe. Daß Ewald in diesem Zusammenhang auch die 'Vernichtung lebensunwerten Lebens' in die Diskussion brachte[64], läßt darauf schliessen, daß er die gesetzlich gebotene Handhabe im Grunde genommen nicht als ausreichend betrachtete. In der Hauptsache zielten seine Äußerungen gegen den Bonhoefferschen Standpunkt, der dem, der danach handle, nur nach einer Richtung hin Gewißheit gebe, nämlich

> "nach der Richtung hin, daß er keinen Kranken zur Sterilisation bringen wird, der nicht wirklich auch an einer erblichen Fallsucht leidet. Dagegen scheint mir die Gewähr dafür, daß man die Kranken mit erblicher Fallsucht einigermaßen vollständig erfaßt, wenn man seinen Richtlinien folgt, nicht gegeben."[65]

So war es folgerichtig für Ewald, der Auffassung entschieden zu widersprechen, daß schon der nicht gelungene Erblichkeitsnachweis allein genüge, um den betreffenden Kranken von der Sterilisation zu befreien; es sei zwar nicht zu leugnen, daß nach dem Wortlaut des Gesetzes die Epilepsie unbekannter Ursache als solche nicht unter das Gesetz fallen würde, wenn man sie in diesem Sinn der erblichen Fallsucht gegenüberstelle. Damit aber würde jedes eugenische Eingreifen im Keime erstickt, wie eine entsprechende Studie aus seiner Göttinger Anstalt bestätige, die Fälle mit dem sog. typischen Symptomenkomplex untersuchte (ohne neurologische Auffälligkeiten, ohne Hinweise für eine exogene Genese, zwischen dem 10. und 25. Lebensjahr beginnend, mit dem "charakteristischen Weg zur Schwerfälligkeit, Umständlichkeit, epileptischen Demenz"):

> "Von 20 typischen schwerfälligen weiblichen Epilepsien ließen sich belastende Momente (in der Familienanamnese, d. Verf.) überhaupt nicht feststellen bei 7 Kranken, gleichartige epileptische Belastung in der Sippe nur bei 6 Kranken, andere endogene Geistesstörungen (manisch-depressives Irresein, Schizophrenie, senile Demenz, Schwachsinn) bei 4 Kranken, nur Trunksucht bei 3 Kranken. Es wären al-

so zum allerwenigsten 7 von 20 klinisch und verlaufsmäßig einwandfrei typischen 'genuinen Epilepsien' nach Bonhoeffer nicht zur erblichen Fallsucht zu zählen, sondern in die Gruppe der Epilepsien unbekannter (exogener?) Genese einzureihen.
Von 30 typischen schwerfälligen männlichen Epilepsien ließen sich belastende Momente überhaupt nicht feststellen bei 15 Kranken, epileptische Belastung nur bei 7 Kranken, andere endogene Geistesstörungen (wie oben) bei 4 Kranken, nur Trunksucht bei 3 Kranken.
...
Hier hätte man also die Hälfte der klassisch genuin epileptisch verblödeten Kranken als Epilepsien unbekannter (exogener?) Genese nach Bonhoeffer bezeichnen müssen. Das scheint mir schlechterdings nicht angängig, wenn man nicht jede klinische Diagnose der erblichen Fallsucht ohne minutiöse Kenntnis des Stammbaums aufgeben will, wodurch das Gesetz natürlich völlig durchlöchert wäre und der Erfolg unserer Bemühungen in hohem Maße in Frage gestellt würde."[66]

An Ewalds Äußerungen wird exemplarisch die Selbstverständlichkeit spürbar, mit der das psychiatrische Denken therapeutische Ziele aufgegeben und durch politische ersetzt hatte. Es lag in der expansiven Tendenz der Rassenpolitik, um die 'genuine' Epilepsie herum einen ganzen 'Erbkreis' zu konstruieren, um Absicht und Begründung möglichst in Übereinstimmung zu bringen, und, als dies trotzdem nicht gelang, die Begründung als "nicht angängig" beiseite zu schieben. Gewissermaßen als Ersatz des 'unzuverlässigen' Erblichkeitsnachweises im Rahmen der Sippenforschung betonte Ewald besonders die Bedeutung des epileptischen Persönlichkeitswandels. Wiederum gegen Bonhoeffer gerichtet, bezeichnete er es als "sehr verkehrt, die charakteristische Persönlichkeitsveränderung im Sinne der geistigen Schwerfälligkeit diagnostisch nicht in Rechnung zu stellen, nur weil sie sich gelegentlich einmal als exogen erweist."[67] Sei der Kliniker früher bestrebt gewesen, die 'genuine' Epilepsie einzuschränken, was als Forschungsperspektive auch weiterhin gültig sein sollte, so müsse die Blickrichtung im Rahmen des Sterilisierungsverfahrens die umgekehrte sein:

"es gilt, die genuine (erbliche) Epilepsie in ihrer ganzen Auswirkungsbreite zu erfassen, um sie einigermaßen erfolgreich ausmerzen zu können. Dabei rangiert das Zentralsymptom der Schwerfälligkeit und des Haftens und der zähflüssigen Affektivität vor allem anderen, und gerade dieses Symptom schon in seinen Anfängen zu sehen und beachten zu lernen, scheint mir für den Praktiker und den Amtsarzt das erste und dringendste Erfordernis. Tatsächlich ist es oft schon sehr frühzeitig vorhanden. Wir werden bei diesem Vorgehen nur selten eine erworbene exogene Epilepsie zur Sterilisation bringen, wir werden aber sicher Fälle von erblicher Fallsucht, bei denen der Nachweis der Erblichkeit nicht gelingen wollte, nicht durch die Maschen des Gesetzes schlüpfen lassen; und darauf kommt es an."[68]

Die zweite Auflage der Erläuterungen von Gütt, Rüdin und Ruttke erschien, wie schon erwähnt, im Jahr 1936; sie enthielt Änderungen, die auf Grund der bis dahin mit dem Gesetz gemachten Erfahrungen vorgenommen wurden. Die Autoren operierten in dieser Fassung verstärkt mit definitiven Formulierungen, die noch geeigneter waren, in suggestiver Weise Zweifel an der Stimmigkeit der Begründung beiseite zu räumen.

"Der erbwissenschaftlichen Erforschung der Krankheit gelang es, aus der großen Zahl von Krankheiten, bei denen der epileptische Anfall als Gelegenheitsereignis betrachtet wird, ein geschlossenes Krankheitsbild herauszuheben, welches zwar durch das Leitsymptom des epileptischen Syndroms, darüber hinaus aber oft durch fortschreitende Beeinträchtigung der Gesamtpersönlichkeit gekennzeichnet ist.
...
Diese Form der Epilepsie, gleichgültig, ob sie als genuine, essentielle usw. Epilepsie bezeichnet werden mag, zeichnet sich dadurch aus, daß sie erblich ist. Sie soll durch das Gesetz erfaßt werden."[69]

Im Hinblick auf die diagnostischen Leitlinien der 'erblichen Fallsucht' wurde nun die Bedeutung der Persönlichkeit von Epileptikern deutlicher herausgestellt,

"die man als steif, gespreizt, reizbar, pedantisch bezeichnen kann; schon in der Haltung des Kranken kommt das zum Ausdruck. Der Gedankenablauf ist umständlich, weitschweifig, egozentrisch, stereotyp. Bezeichnend ist auch die Erstarrung der Gesamtpersönlichkeit, die Unbelehrbarkeit, die Verarmung des

Vorstellungsschatzes."[70]

Das Vorkommen einwandfrei beobachteter Krankheitserscheinungen sollte genügen, um zur Unfruchtbarmachung zu "schreiten", wenn eine äußere Ursache nicht nachgewiesen werden konnte; wo eine solche geltend gemacht wurde, hatten die Betroffenen selbst die Beweislast zu tragen.[71] Jedoch auch bei erbrachtem Nachweis exogener Faktoren entkamen viele Epileptiker nicht dem Geltungsanspruch des Gesetzes. Dann wurde die Sippenforschung hinzugezogen, die bei "klar diagnostizierten Fällen ohne exogenes Moment" nur als unnötige Belastung der Diagnosefindung angesehen wurde. Stellte sich dabei heraus, daß unter den näheren Blutsverwandten des Betroffenen ein "klar diagnostizierter Epilepsie-Fall" aufgetreten war, dann - so der Kommentar - war es als "erwiesen" anzunehmen, daß durch die zweifelsfrei bestehende äußere Schädigung lediglich eine erbliche Anlage zur Manifestierung gekommen sei; dabei war es gleichgültig, ob der in der Verwandtschaft diagnostizierte Fall als endogen oder exogen definiert wurde, "denn daß zweimal in derselben Verwandtschaft eine exogene Ursache jedesmal eine Fallsucht auslösen soll, spricht genauso für erbliche Fallsucht, als wenn sie spontan aufgetreten wäre."[72]

Karl Heinz Stauder ging am Ende seiner 1938 publizierten Untersuchung über 'Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker', die im nächsten Abschnitt noch eingehender betrachtet wird, auch auf die Konsequenzen seiner Ergebnisse für die Begutachtung des Einzelfalles ein. In seiner Auffassung einer positiv zu diagnostizierenden 'genuinen' Epilepsie stützte er sich wie seine Vorgänger auf die beiden bekannten Hauptsyndrome, die Krampfanfälle und die Persönlichkeitsveränderungen. Die Letzteren sah er im Kernsymptom der 'Perseveration' gebündelt und bezeichnete sie in Übereinstimmung mit dem neuen Sprachgebrauch als 'epileptische Wesensänderung'. Für Stauder erledigte

sich das bisher so hartnäckige Problem der Differentialdiagnose von anlagebedingter und symptomatischer Epilepsie auf verblüffend einfache Weise. Er postulierte, daß jede 'genuine' Epilepsie zur Wesensänderung führe, fraglich sei nur der Zeitpunkt. Der Umkehrschluß, demzufolge ein Patient keine 'genuine' Epilepsie habe, weil er nicht wesensverändert sei, könne dagegen nicht ohne weiteres gezogen werden, denn: "Er kann seine Wesensänderung ja noch bekommen."[73] Völlig entgegengesetzt dazu verhielten sich die von ihm anerkannten rein symptomatischen Epilepsien: hier träte die typische Wesensänderung nie auf. Damit nahm Stauder einen Gedanken wieder auf, der einige Jahrzehnte zuvor zum Inventar des 'epileptischen Charakters' gehört hatte, und verschärfte ihn apodiktisch. Die anderen symptomatischen Epilepsien, besonders die residualen und traumatischen Formen, würden sich zusätzlich nicht nur neurologisch, sondern auch psychopathologisch von der 'genuinen' Form unterscheiden lassen. Ihnen sei nämlich gerade die Affektlabilität gemeinsam, die man bisher fälschlicherweise der 'genuinen' Epilepsie zugeschrieben habe.

In dieser Phase, als die 'epileptische Wesensänderung' den Gipfel ihrer diagnostischen Bedeutung erreichte, war die erbbiologische Durchforstung der deutschen Bevölkerung im Rahmen des Sterilisierungsgesetzes schon weit fortgeschritten, wie der Schriftleiter der Zeitschrift 'Der Erbarzt' (einer Beilage zum 'Deutschen Ärzteblatt') O. von Verschuer zum Jahreswechsel 1937/38 nicht ohne Stolz berichtete:

> "In den vier Jahren, die seit dem Inkrafttreten des Gesetzes verstrichen sind, haben die Erbgesundheitsgerichte wie die antragsberechtigten Amtsärzte und Anstaltsleiter eine Arbeit geleistet, die den besonderen Dank der Allgemeinheit wie der Staatsführung verdient. Der 'Bestand' von fortpflanzungsfähigen Erbkranken - soweit sie unter das Gesetz fallen - dürfte weitgehend 'aufgearbeitet' sein, d.h. für jeden einzelnen Fall ist festgestellt, ob er von einem der in dem Gesetz aufgeführten Erbleiden

befallen ist, und im bejahenden Falle ist die Unfruchtbarmachung durchgeführt."[74]

Der Übergang von der Sterilisierung zur 'Vernichtung lebensunwerten Lebens' fand 1939 statt; die letzten Vorarbeiten fielen in die Zeit der unmittelbaren Kriegsvorbereitungen. Unter dem Decknamen "Aktion T 4" (als Kürzel für die Berliner Dienststelle Tiergartenstr.4, wo die Vorarbeiten durchgeführt wurden) sollte ausgeführt werden, was A.Hitler mit einem geheimen Führer-Erlaß angeordnet hatte, nämlich "die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann."[75] Bereits 1935 hatte Hitler dem Reichsärzteführer Wagner mitgeteilt, daß er im Kriegsfall 'Euthanasie'-Maßnahmen anwenden wolle.[76] In der Vorbereitung und Verwirklichung einer 'neuen' Zeit, deren Ziele die 'Konzentration aller Kräfte' erforderlich machte, wollte sich die nationalsozialistische Führung der 'Ballastexistenzen' entledigen. Die Durchführung der Aktion begann unter strenger Geheimhaltung mit der Verschickung von Meldebögen an die Heil- und Pflegeanstalten im Oktober 1939. Der Meldebogen und das dazugehörige Merkblatt, in dem die anzugebenden Patientengruppen aufgeführt waren[77], wurden den Anstaltsleitern mit einem Runderlaß zugestellt, in dem die Aktion lediglich mit der "Notwendigkeit planwirtschaftlicher Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten"[78] begründet wurde. Der eigentliche Zweck der Aktion wurde ihnen vorzuenthalten versucht; sie wurden dann "nur von 'Verlegungen' unterrichtet, und die Ärzteschaft selbst erfuhr nur 'gerüchteweise' von dem Ablauf der Dinge."[79] Einzelne Ordinarien bekundeten, so Mitscherlich und Mielke weiter, öffentlich ihre ablehnende Haltung; die meisten Psychiater hätten einen gesinnungsmäßigen Widerstand gegen die sog. Weiterentwicklung der Psychiatrie entwickelt, als sie davon erfahren hatten.[80]

Die ausgefüllten Meldebögen sollten laut Runderlaß vom 24.10.39 bis spätestens zum 1.12.39 (also innerhalb von fünf Wochen) dem Reichsministerium des Innern zurückgeschickt werden, andernfalls würden spezielle Kommissionen nachhelfen. Von dort wurden sie an drei 'Gutachter' weitergeleitet, dann in Berlin noch einmal 'begutachtet', wobei die Unterlagen stets nur aus dem Meldebogen selbst bestanden. Daraufhin gingen den Anstaltsleitern die entsprechenden Verlegungsbefehle zu. Auf dem Umweg über eine sog. Durchgangs- oder Beobachtungsanstalt wurden die Patienten in verhängten Omnibussen von der 'Gemeinnützigen Transportgesellschaft' in eine der Tötungsanstalten gebracht. Diese umständliche Prozedur hatte den Zweck,

> "daß die Angehörigen der Patienten möglichst viel Zeit und Geld aufwenden mußten, ehe sie sich durch die verschiedenen Anstalten hindurchgefragt hatten. Dann waren die Kranken fast immer 'leider' schon ganz plötzlich verstorben, die Leiche stets, die Habseligkeiten meist angeblich aus seuchenpolizeilichen Gründen verbrannt. Die Vergasungsanlagen waren als Duschräume getarnt. Den Verkehr mit den Hinterbliebenen regelten 'Trostbriefabteilungen', 'Sonderstandesämter'. Zur Koordination der verschiedenen, ausnahmslos mit Lügen arbeitenden administrativen Stellen gab es 'Absteckungsabteilungen'. Dennoch kam es zu den zahlreichen, allgemein bekannten 'Pannen' (z.B. doppelte Benachrichtigungen, falsche Namen, unmögliche Diagnosen), die eine beträchtliche Unruhe innerhalb der Bevölkerung auslösten. Es kam zu Beschwerden und Unsicherheit auf den verschiedenen Ebenen der Partei-Hierarchie, zu öffentlichen Protesten der Kirchen und zu einer Reihe von Strafanzeigen, die den juristischen Apparat in Verlegenheit brachten."[81]

Die Gesamtzahl der Opfer dieser Aktion, die im August 1941 auf Weisung Hitler's gestoppt wurde[82], wird auf über 100 000 geschätzt. Doch auch nach diesem Zeitpunkt gingen sog. wilde Tötungsaktionen weiter.

Zur Beurteilung der Tötung Epilepsiekranker während dieser Aktion liegen nur vereinzelte Hinweise vor, die folgendes Bild ergeben. Im Meldebogen wurden bei der Frage nach Epilepsie die Zusatzfragen gestellt,

ob der Anfallskranke "psychisch verändert" sei und welche durchschnittliche Häufigkeit der Anfälle vorliege. Da die Anfallsfrequenz nach der gängigen Auffassung wenig über eine eventuelle Prognose aussagte, ist davon auszugehen, daß die Bejahung einer nicht näher eingegrenzten 'psychischen Veränderung' dazu führte, daß der Patient zur Tötung vorgesehen wurde. Darauf wurde, wie anzunehmen ist, wenig Sorgfalt verwendet, da in wenigen Wochen hunderte oder tausende von Meldebögen auszufüllen waren. Noch unter sein theoretisches Niveau abgesunken, diente nun der zurecht gestutzte, letzte Rest des 'epileptischen Charakters' zur Selektion von Epileptikern in der Massenvernichtung.

Gerhard Schmidt untersuchte 1945/46 die Spuren von Vernichtungsaktionen in acht bayrischen Anstalten für Geistesschwache und Geisteskranke.[83] Dabei stellte er fest, daß ungefähr zehn Prozent der dort Getöteten die Diagnose 'Epilepsie' aufwiesen. Überträgt man diesen Anteil hypothetisch auf die geschätzte Gesamtzahl der getöteten Anstaltspatienten, so dürften in diesen Aktionen über 10 000 Epilepsiekranke aus deutschen Heil- und Pflegeanstalten umgekommen sein.

6.3 Neue Empirie und konzeptioneller Wandel

Nach diesem Vorgriff auf die politische Dimensionierung des 'epileptischen Charakters' im Nationalsozialismus ist nun zur Theorieentwicklung im engeren Sinn zurückzukehren. Aus der Verknüpfung der Forschungsperspektiven von Genealogie, Konstitutionslehre und experimenteller Psychologie bzw. Psychopathologie gingen gegen Ende der dreißiger Jahre noch zwei herausragende Studien hervor, die für die Psychopathologie von Epileptikern bis in die fünfziger und sechziger Jahre hinein bedeutungsvoll waren. 1937 brachte Friedrich Mauz nach langwierigen Vorarbeiten die Monographie 'Die Veranlagung zu Krampfanfällen' heraus, 1938 erschien

die schon erwähnte Publikation von Karl Heinz Stauder über 'Konstitution und Wesensänderung bei Epileptikern'. In diesen Arbeiten wurde eine partielle Neuformulierung des 'epileptischen Charakters' vorgenommen, und besonders Stauder trieb den sich vollziehenden begrifflichen Wandel weiter voran. Bereits im Jahr 1901 hatte Robert Gaupp bei seinem Vorhaben, "der Dipsomanie das klinische Bürgerrecht als einer Form psychischer Epilepsie zu verschaffen"[84], vom 'epileptischen Charakter' als einer Wesens- und Persönlichkeitsveränderung gesprochen. Auch W.Vorkastner hatte die gängige Version des 'epileptischen Charakters' im Auge, als er 1918 das Synonym 'epileptische Wesensänderung' verwendete.[85] In den Jahren nach 1930 setzte sich der neue Begriff dann vollends durch. Die beteiligten Autoren erläuterten den Wechsel nicht, sie folgten ihm einfach; dadurch schien er fast lautlos vonstatten zu gehen. Lediglich H.W.Gruhle äußerte sich direkt dazu, benutzte aber nicht den Ausdruck 'Wesen'.

> "Die Psychiatrie versteht unter dem epileptischen Charakter etwas ziemlich Unbestimmtes, was teils aus Zügen des Temperaments, teils des Charakters im engeren Sinn, teils der Intelligenz zusammengesetzt ist. Man sollte also besser von der Umwandlung der epileptischen Persönlichkeit sprechen."[86]

Als Isserlin und Feuchtwanger von ihren Erfahrungen mit Epilepsie bei Kriegshirngeschädigten berichteten, neigten sie dazu (s.o.), die in kleinerer Zahl aufgetretene "epileptische Persönlichkeitsveränderung" auf eine vorbestehende Veranlagung zur 'genuinen' Epilepsie zurückzuführen. In diesen Formulierungen kam zweifellos eine dynamischere und umfassendere Sichtweise zum Ausdruck, als im hereditär verengten und vulgär-psychologisch belasteten erscheinenden Charakter-Begriff. U.Flecks Aufsatz von 1934[87] - im vorangegangenen Jahr hatte sich schon G.Stertz dem neuen Sprachgebrauch angeschlossen - ging auch inhaltlich in diese Richtung. Er verband die 'epileptische Persönlichkeits- und Wesensveränderung' mit der grundsätzlicheren Frage

nach der prämorbiden Persönlichkeit. Stauder führte die 'epileptische Wesensänderung' bereits im Buchtitel; Albert Knapp veröffentlichte 1941 einen Artikel über 'Die epileptische Wesensänderung'[88].

Nach dieser Skizze des begrifflichen Wandels nun zu den Studien von Mauz und Stauder, die eine Umgestaltung des Konzepts selbst herbeiführten. Da ihr Einfluß auch in heutigen Auffassungen[89] noch spürbar ist, verdienen sie besondere Aufmerksamkeit und werden im Folgenden eingehender betrachtet.

Wie bereits dargelegt, hatte sich Friedrich Mauz schon 1926 bzw. 1927 als Anhänger des Konstitutionsgedankens ausgewiesen. Damals war er von zwei epileptischen Persönlichkeitstypen ausgegangen (dem epileptoid-explosiven Psychopathentypus und dem genuinen hypersozial-gebundenen Typus) und suchte nach signifikanten Anlagebeziehungen. Dabei orientierte sich Mauz offenbar am Kretschmerschen Modell, das sich jedoch, wie sich herausstellte, nicht unmittelbar auf die Epilepsie übertragen ließ; das sog. Epileptoid eignete sich anscheinend nicht als analoges Konzept, das die konstitutionell vorgegebene Form einer dem 'epileptischen Charakter' ähnlichen Struktur im Normbereich postulierte.[90] Auch Delbrück (s.o.) versuchte vergeblich, dem "Epileptoid" doch noch zum Durchbruch zu verhelfen; die Gegenposition wurde von U.Fleck vertreten, später auch von K.Conrad[91].

In seiner Monographie von 1937 berief sich Mauz nun auf einen Anstoß von O.Foerster während der oben erwähnten Jahrestagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte von 1926. In seinem Referat habe Foerster die Synthese von neurologischem und konstitutionellem Denken vollzogen, ohne die das Beschreiten seines eigenen Weges nicht möglich gewesen sei.[92] Mit Foersters Satz, daß die gleiche Noxe von gleichem Sitz, gleicher Intensität und gleicher Dauer bei einem Individuum zum

Anfall führe, bei einem anderen nicht, sei der konstitutionelle Faktor als wichtiges Element in den Ursachenkreis der Epilepsie aufgenommen worden; dies gelte nicht nur für die 'genuine' Epilepsie, sondern für alle Anfallsleiden.

Dementsprechend ging er jetzt ganz allgemein von Kranken mit Krampfanfällen aus, als er den Fragen nachging: "Wie ist die körperliche und seelische Beschaffenheit der Kranken mit Krampfanfällen? Wie sieht ihr Familienbild aus?" (S.10) Zum empirischen Material, auf das er sich stützte, erwähnte er nur, daß er in den letzten zehn Jahren ungefähr 500 Krampfkranke "bearbeitet" habe. Was sich dahinter im einzelnen verbarg, also die gesamte Darstellung seiner Vorgehensweise (Materialauswahl, Hypothesen, Operationalisierung, statistische Aufbereitung etc.), erläuterte er nicht. Seine spärlichen Hinweise dazu werden den Anforderungen an die Transparenz einer empirischen Arbeit in keiner Weise gerecht. Das Defizit an methodischer Dokumentation und Reflexion, das die naive Empirie des 19.Jahrhunderts gekennzeichnet hatte, bestand offensichtlich nach wie vor.

Neben der genannten Population griff er in einer Art von typologischen Kasuistik auf Einzelbilder (z.B. "der euphorisch Betriebsame", "der gravitätische Bürokrat", "die freundlich Schwunglosen", "der bedächtige Wichtigtuer") zurück, die ihm außerhalb seiner ärztlichen Tätigkeit begegnet seien; ihren gemeinsamen Wesenszug erblickte er im Symptom des Haftens. Bei diesen "völlig gesunden enechetischen Typen" (S.17) habe er Nachforschungen in der Familie angestellt; dabei hätten sich in der Blutsverwandtschaft deutliche epileptische Zeichen ergeben. Schon daran wurde deutlich, daß sich Mauz auch in dieser Arbeit am Denkmodell seines Lehrers Kretschmer orientierte.[93] Anstelle des ehedem nicht tragfähigen 'Epileptoid' bildete nun das sog. Enechetische (abgeleitet vom

griechischen Wort für haften) den substantiellen Kern seines Ansatzes. Bereits in der älteren Fassung als 'hypersoziales Syndrom' war es z.B. von Kretschmer und Westphal eindeutiger als das 'Epileptoid' den spezifisch epileptischen Psychopathien zugerechnet worden. Unter dem Oberbegriff der sog. iktaffinen Konstitution kehrten nun exakt jene früher von ihm postulierten Persönlichkeitstypen des 'epileptischen Charakters' in konstitutionell vertiefter Form wieder: das 'hypersoziale Syndrom' ging jetzt in der 'enechetischen Konstitution' auf, das 'explosiv-epileptoide Syndrom' in den sog. kombinierten Defektkonstitutionen. Die zentrale empirische Stütze seines Ansatzes sah er offenbar darin, daß die vorhandenen Schilderungen der epileptischen Persönlichkeit außerordentlich wirklichkeitsnah seien und sich mit den von ihm erhobenen konstitutionellen Merkmalen decken würden. "So war es vor allem die Beschreibung des epileptischen Wesens ..., die in vollem Umfang in dem weiteren Rahmen einer ganzen Konstitutionsgruppe aufgehen konnte." (S.11) Tatsächlich adaptierte Mauz jedoch fast ausschließlich Merkmale aus dem intellektuellen Bereich; beim Epileptiker falle

> "in erster Linie eine Verlangsamung aller psychischen Vorgänge auf. Der epileptische Mensch kommt nicht vom Fleck; er vermag nicht raschen Wendungen des Gesprächs zu folgen oder mehrere Dinge gleichzeitig zu beachten. Er haftet am Einzelnen und Gegenwärtigen, hat weder Neigung noch Befähigung, allgemeine Begriffe zu bilden, Zusammenhänge zu knüpfen, seinen Gesichtskreis zu erweitern, neue Erfahrungen in sich aufzunehmen und zu verarbeiten. Seine Aufmerksamkeit richtet sich immer nur auf das Nächstliegende, ohne weiteres Gegebene, während ihm allgemeine Beziehungen, Anspielungen, witzige Doppeldeutungen, komische Gegensätze entgehen. Er ist auch nicht imstande, das Wichtige von dem Nebensächlichen zu trennen, wird deshalb infolge dieser mangelhaften Gliederung des Vorstellungsschatzes eigentümlich umständlich und mit der erhöhten Bedeutung des Einzelnen und sinnlich Greifbaren auffallend kleinlich und pedantisch." (S.11)

Diese Verengung des Merkmalskatalogs auf kognitive Funktionen ergab sich folgerichtig aus dem Grundprinzip seiner Umgestaltung, das 'Haften' zum Kernsymptom aufzuwerten. Sonst als bezeichnend geltende Eigenschaften aus dem Bereich des Charakters und des Temperaments ('Reizbarkeit', 'Egoismus', 'Launenhaftigkeit', 'Frömmigkeit' etc.) traten demgegenüber zurück.

In der 'enechetischen Konstitution' sah er eine "auf einer bestimmten und besonders gearteten Stufe der Hirnentwicklung stehengebliebene und nicht ausdifferenzierte leib-seelische Einheit." (S.19) Nach seiner Auffassung würden hier die feineren körperlichen Konturen und Gliederungen fehlen, der symmetrische Aufbau, das lebendige Zusammenspiel eines hochentwickelten Innervationsgefüges, das Durchgebildete und Sphärische einer graziösen und nuancierten Motorik. Im Seelischen vermißte er "das Kernstück der seelischen Leistung, die intrapsychische Aktivität und damit die Voraussetzung für eine Weiterentwicklung und Formung zur höheren Persönlichkeit." (S.14)

Mauz räumte zwar ein, daß das 'Haften' auch als zerebralorganisches Symptom bekannt sei und bei Herderkrankungen häufig zu beobachten sei. Während man jedoch z.B. bei einer beginnenden Stirnhirnschädigung einer gesunden, ausgereiften Persönlichkeit anfangs noch einer fast gesunden psychischen Struktur gegenüberstehe, die erst allmählich umschriebene Ausfälle, Vergröberungen und Verlangsamung erkennen lasse und unter immer neuen Einbrüchen in die psychomotorische und affektive Geschlossenheit der bisher gesunden Persönlichkeit einer fortschreitenden Umwandlung unterworfen sei, verhalte sich die 'enechetische Konstitution' ganz anders:

> "Hier vollzieht sich nicht der allmähliche Eintritt umschriebener Verluste und Ausfälle, nicht eine zunehmende Verlangsamung und Vergröberung. Der enechetische Typ <u>ist</u> langsam, grob gebaut,

> strukturarm und amorph. Und zwar so durchgängig und ganz, so sehr als anlagebedingte Gegebenheit, daß in diesem Stadium eine Verwechslung der Anlageform mit der erworbenen Schädigung nicht möglich ist." (S.20, Hervorheb. im Orig.)

Erst in späteren Stadien würden sich die Erscheinungsbilder beider Erkrankungen aneinander annähern. Als weitere Differentialdiagnose diskutierte Mauz Debilität; hier zeigt sich deutlich das konstruierende Element seines Gedankengangs. Zur Abgrenzung von Debilen verwies er nun darauf, daß der enechetische Typ öfters debil wirke, es aber nicht sei. "Er hat durchschnittliche Kenntnisse; Gedächtnis und Merkfähigkeit, überhaupt die Verstandesleistungen an sich sind intakt." (S.21) Dagegen zeige sich beim Debilen die allgemeine seelische Entwicklungshemmung gerade auf dem Gebiet des Verstandeslebens; auf anderen Gebieten würden sich die Mängel in ganz unterschiedlicher Form bemerkbar machen.

> "Wir haben infolgedessen beim Debilen niemals jene Durchgängigkeit und Einheitlichkeit, jenes geschlossene Anlagebild als das uns die enechetische Konstitution erscheint. Im enechetischen Konstitutionskreis sind die wesentlichen Verhaltungsweisen endogen festgelegt; von ihnen wird der einzelne fast gesetzmäßig gelebt."(S.21)

Auch klinisch beobachtete Mauz im 'enechetischen Konstitutionskreis' ein epileptisches Krankheitsgeschehen "von einer seltenen Geradlinigkeit und klassischen Eindeutigkeit":

> "Schon die Anfallsschilderung, die wir von solchen Kranken ... häufig bekommen, kann in ihrer Schmucklosigkeit und sachlichen Dürftigkeit als klassisch-epileptisch bezeichnet werden.
> ...
> Dazu das enechetische Gesamt. Das alles gibt so ein typisches Bild, daß man nicht recht verstehen kann, wieso die klinische Diagnose in jedem Fall besonders schwierig und nur per exclusionem möglich sein soll." (S.38)

Als zweite Hauptgruppe der 'iktaffinen Konstitution' führte Mauz die 'kombinierten Defektkonstitutio-

nen' ein, eine Art Restkategorie für Fälle, die sich vor allem durch ihre Uneinheitlichkeit auszeichneten. In wechselnden Kombinationen kämen Schwächen und Minderwertigkeiten der verschiedensten körperlichen Organe und Systeme zusammen (Fehlanlagen im Zentralnervensystem, im endokrinen System, im Gefäß- und Reflexapparat); mit dieser Erbanlage sei die erhöhte Krampfbereitschaft verknüpft. Die vielfältigen Erscheinungen, die er früher im 'explosive-epileptoiden Syndrom' zusammengefaßt hatte, untergliederte er nun in eine Typenreihe mit zwei charakteristischen Flügelgruppen und dazwischenliegende sog. intermediäre Defektformen. Auf dem einen Flügel fänden sich die Merkmale 'kopfvasomotorische Insuffizienz und Athletik' mit 'Intoleranz gegen Alkohol und Hitze bzw. Kälte' zur 'explosiven Konstitution' zusammen; auf dem anderen gruppiere sich die 'Insuffizienz des Reflexapparates' mit der 'Asthenie' und führe zu dem, was als 'epileptischer Schwindler' Eingang in das Schrifttum gefunden habe. In den 'intermediären Defektformen' würden sich explosive und reflexhysterische Momente vermischen.

Als dritte Stufe auf dem Kontinuum absinkender Endogenität postulierte Mauz schließlich die sog. iktaffinen Diathesen. Darunter verstand er die Neigung zu Anfallserscheinungen, die bereits unter Bedingungen zur Ausbildung kämen, die die meisten Menschen schadlos vertrügen. Die Anfälle seien niemals rein endogener Herkunft; fast immer handle es sich um eine Addition der verschiedensten Noxen.

Damit waren alle Gesichtspunkte formal kohärent untergebracht. Die Bausteine des Gesamtkonstrukts paßten ineinander und formierten sich zu äußerer Geschlossenheit, die seine innere Brüchigkeit verdeckte.

Die andere herausragende Arbeit dieser Jahre, 'Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker', wurde von Karl Heinz Stauder verfaßt. Die Anwendung

ihrer wichtigsten Ergebnisse auf die Begutachtung des Einzelfalls wurde schon besprochen.

Stauder stellte drei Fragen an den Anfang:

> "Ist die sog. epileptische Wesensänderung ein strukturell einheitliches Syndrom, das sich von anderen Syndromen der Psychopathologie scharf trennen läßt? Welche Wertigkeit als Symptom hat diese epileptische Wesensänderung ('der epileptische Charakter') im Rahmen der epileptischen Krankheiten? Wie kommt sie zustande?" (S.9)

Seine Forschungsorientierung ergab sich aus der Zurückweisung einer Hypothese von Carl Schneider, der die 'epileptische Wesensänderung' als Summation der Anfallsfolgen gedeutet hatte. Stauders Perspektive hatte die entgegengesetzte Richtung:

> "Erkennt man aber, daß die Tendenz zur epileptischen Persönlichkeitsumwandlung bei den symptomatischen Epilepsien eine ganz andere ist als bei der erblichen Fallsucht und daß sie der Residualepilepsie so gut wie vollkommen fehlt ..., dann können die Anfälle selber nicht die Ursache ... der Wesensänderung sein." (S.12)

Der unübersichtliche Gang seiner Arbeit folgte zwei Hauptgleisen: experimentellen Untersuchungen, zu denen er den Rorschach-Formdeute-Versuch in variierter Form benutzte, und klinischen Studien, die zur Differentialdiagnose 'genuine'/symptomatische Epilepsie beitragen und die Entstehung der Wesensänderung einer Klärung näher bringen sollten.

Für den experimentellen Teil glaubte er im Rorschach-Versuch[94] ein Instrument gefunden zu haben, das es "mit möglichst objektiven ('zählbaren') und nachprüfbaren Methoden" (S.13) gestatten würde, die Wesensänderung bei 'genuiner' und symptomatischer Epilepsie zu erfassen und ihre Unterschiedlichkeit nachzuweisen. Von 358 klinisch als 'genuin' diagnostizierten Epileptikern wiesen, so Stauder, 62% ein typisches Rorschach-Syndrom auf: von zehn zu betrachtenden Tintenklecks-Tafeln belegten sie neun oder zehn

mit derselben Deutung; die restlichen 38% zeigten dieses Verhalten in abgeschwächter Form. Bei 74 klinisch als traumatisch eingestuften Epilepsie-Fällen waren es 24%, die außerdem fast durchweg wesensverändert seien und demzufolge eine gleich starke epileptische Anlage besäßen wie 'genuine' Epileptiker. Bei 32 Residualepileptikern schließlich fand er es nur in 6% der Fälle, die zudem als einzige klinisch wesensverändert erschienen seien. Dieses sog. Rorschach-Syndrom interpretierte er als "maximale Perseveration" (S.110); in ihr sah er das Kernsymptom der epileptischen Persönlichkeitsveränderung. Die Differentialdiagnose residuale bzw. traumatische und erbliche Epilepsie stellte er anhand der Häufigkeit von sog. Farbantworten, die die Affektivität repräsentieren sollten. Da die Farbantworten - ihre Bewandnis legte er nicht näher dar - bei der 'genuinen' Form im Unterschied zu den beiden anderen überraschend selten gewählt würden, seien 'Reizbarkeit', 'Explosivität' und 'Affektlabilität' keineswegs Kennzeichen der 'genuinen' Epilepsie wie bisher angenommen, sondern der residualen bzw. traumatischen Formen.

Aus der Beobachtung, daß wesensveränderte 'genuine' Epileptiker mit vielen Anfällen im Rorschach-Versuch häufig die gleiche Reaktion zeigen würden wie frisch erkrankte Epileptiker ohne klinische Zeichen der 'epileptischen Wesensänderung', schloß er, daß das Rorschach-Syndrom mehr Ausdruck der 'genuinen' Epilepsie als der Wesensänderung sein müsse. Andererseits beschrieb er es auch als Kernsymptom der Wesensänderung und formte daraus eine fortlaufende Reihe von mehr oder weniger spekulativen Äquivalenzschlüssen: was in einer hohen Anzahl von gleichförmigen Deutungen begonnen hatte, wurde zunächst in einen pathognomonischen Perseverationsprozentsatz umgewandelt; in ihm drücke sich das Kernsymptom der 'epileptischen Wesensänderung' aus, welche wiederum das spe-

zifische Kennzeichen der 'genuinen' Epilepsie darstelle; von deren klinischer Diagnose war er jedoch anfangs ausgegangen, als er das Rorschach-Syndrom bei knapp zwei Drittel der untersuchten 'genuinen' Epileptiker festgestellt hatte.

Eine Bestätigung seiner Auffassung sah er darin, daß der Gesunde im Rorschach-Versuch das Voll-Syndrom auch während einer medikamentös erzeugten Bewußtseinstrübung ebensowenig aufweise wie der wirklich aus exogenen Ursachen symptomatische Epileptiker. "Das gefundene Rorschachsyndrom muß also zwingend eine spezifische Reaktion des genuinen Epileptikers sein." (S.109) Durch die Darstellungsweise mit zahlreichen Verrechnungen, Tabellen und Schaubildern konnte der Eindruck entstehen, daß die 'epileptische Wesensänderung' nunmehr einwandfrei als einheitliches und spezifisches Psychosyndrom erwiesen sei, das mit absoluter Treffsicherheit - "genuine Epileptiker ohne jedes Zeichen der epileptischen Wesensänderung gibt es nicht" (S.110) - die erbliche Fallsucht zu diagnostizieren erlaube. Zog man zudem das abschreckende und für einen Rorschach-Laien völlig unverständliche Vokabular und Zahlenwerk ab - Stauder lud seine Leser eingangs zum Überschlagen der "sehr mühsamen und umfangreichen Rorschachuntersuchungen" (S.18) geradezu ein - so blieben die in Ton und Inhalt apodiktischen Schlußfolgerungen von Stauder übrig, was eine affirmative Rezeption weiter begünstigt haben mochte.[95]

In den klinischen Studien untersuchte Stauder in verschiedenen Serien meist jeweils mehr als 100 klinisch als 'genuin' bzw. symptomatisch diagnostizierte Epileptiker. Wieder interessierte er sich zunächst für die Differenzierung dieser Formen mit Hilfe der Merkmale Wesensänderung und Demenz. Dabei war für ihn die "Psychopathologie der epileptischen Wesensänderung nicht das Ziel, sondern viel mehr die selbstverständliche Voraussetzung dieser Arbeit." (S.112) Denn psychopathologisch durchfeilte Schilde-

rungen dieser Phänomene besäßen wir nicht nur im älteren Schrifttum, sondern besser noch in den modernen Darstellungen, z.B. durch F.Mauz.

Aus diesen Fassungen der epileptischen Psychopathologie wählte Stauder eine Reihe von Faktoren aus, die er als die wesentlichen Kennzeichen der 'epileptischen Wesensänderung' betrachtete. Einige der Faktoren grenzte er von vornherein aus ('Hypersozialität', 'Religiosität'), da sie nicht aus einer psychiatrischen Querschnittsuntersuchung allein erschlossen werden könnten, sondern nur aus erschöpfenden Vorgeschichten in Zusammenhang mit klinischen Ergebnissen. Daran läßt sich ablesen, daß das empirische Instrumentarium Stauders seine Vorgehensweise und Ergebnisse offenbar mehr bestimmten, als ihm lieb sein konnte. Wie viele seiner Vorgänger hielt er es methodisch für zulässig, allein aus klinisch beobachtetem Verhalten allgemeingültige Wesensmerkmale der Patienten abzuleiten. Dabei glaubte er, zur Vereinfachung sogar auf den Teil der Patienten-Biographien verzichten zu können, der im Rahmen kasuistischer Studien in der erfragten bzw. rekonstruierten Vorgeschichte zum Ausdruck kommen konnte. Dahinter stand paradoxerweise auch das Bemühen, dem erwarteten Einwand, die Ergebnisse durch "Fehlerquellen subjektiver Willkür" (S.112) verfälscht zu haben, den Boden zu entziehen. Erneut betonte er, daß eines der Hauptanliegen seiner Arbeit darin bestünde, das "Beweismaterial womöglich in Zahl und Kurve beizubringen". (ebd.) Seine Materialstruktur und Forschungsinstrumente präjudizierten den Gang, die innere Logik und die Ergebnisse seiner Untersuchung, ohne die Schlußfolgerungen unter der Maßgabe dieser Einschränkungen zu interpretieren.

Im nächsten Schritt wollte Stauder das Vorkommen der ausgewählten Faktoren bei 75 klinisch als 'genuin' und 35 klinisch als symptomatisch diagnostizierten

Epileptikern statistisch erfassen. Welche Verfahren er dazu anwendete, ging aus seinen Ausführungen nicht hervor; Hinweise ergaben sich nur aus einigen Bemerkungen, in denen er vor einer "psychiatrischen Querschnittsuntersuchung" (s.o.) sprach, vom "psychischen Zustandsbilde", das sich dem Untersucher biete, und in nicht näher bezeichneter Weise von "stenographisch aufgenommenen wörtlichen Äußerungen". Die ausgewählten Einzelmerkmale faßte er zu drei Gruppen mit unterschiedlicher differentialdiagnostischer Wertigkeit zusammen. Der Demenz, die er nicht mehr als spezifisch epileptische anerkannte, ordnete er die Merkmale 'Auffassungsstörungen' (47,3/57,1; diese Angaben drücken die prozentuale Häufigkeit ihres Vorkommens bei 'genuiner'/symptomatischer Epilepsie aus, entsprechend der vorausgegangenen klinischen Diagnose), 'Urteilsstörung' (42,7/48,6), 'Merkstörung' (53,3/25,7), 'Altgedächtnisstörung' (28,0/22,9) und 'Wortfindungsstörungen' (52,0/17,2) zu; den Faktor 'Verlangsamung' gleichermaßen der Demenz wie der Wesensänderung. Als Kennzeichen der 'epileptischen Wesensänderung' betrachtete er: 'Haften im Denken' (92,0/20,0), 'Umständlichkeit' (84,0/25,8), 'Pedanterie' (77,3/11,5), 'Selbstgerechtigkeit' (81,0/ keine Angabe), 'Familienlobredner ei' (81,0/ k. Ang.), und 'Gottnomenklatur' (65,0/ k. Ang.). Damit zeige sich, daß die nach den Allgemeinschilderungen typischen Züge der 'epileptischen Wesensänderung' zugleich auch die statistisch häufigsten seien. Wie im experimentellen Teil gingen hier der Anfangs- und Endpunkt seiner Argumentationskette zirkulär ineinander über. Die dritte Gruppe bildete Stauder aus einigen affektiven Merkmalen, aus denen die 'Reizbarkeit' bzw. das 'Explosivsyndrom' (12,0/68,0) herausragte. Aus dem numerischen Vergleich der zahlenmäßigen Verteilungen zog er die Schlußfolgerungen, daß die Demenzsymptome bei 'genuinen' und symptomatischen Formen ungefähr gleich verteilt seien, bei den symptomatischen sogar eher etwas häufiger vor-

kämen. Diese Merkmale "stehen also ... in deutlichem Gegensatz zu den engeren Formen der eigentlichen Wesensänderung." (S.118) Das 'Explosiv-Syndrom' führe ein selbständiges Dasein und habe mit dem Kernsymptom des 'epileptischen Charakters' sicher nichts zu tun, sondern mit den traumatischen und schwachsinnig-residualen Formen. Das Hauptergebnis betraf die Wesensänderung selbst: in ihren sämtlichen Indikatoren sei "immer auch die epileptische Perseveration am Werke" (S.116). Mit Hilfe dieser Deutungen und nicht selten konstruiert erscheinenden Zuordnungen brachte er die Befunde in absolute Übereinstimmung mit den experimentellen Resultaten und resümierte:

> "Wenn wir jetzt Haften im Denken, Umständlichkeit, Pedanterie und Selbstgerechtigkeit als wesentliche Schlagwortkennzeichen der epileptischen Wesensänderung gelten lassen, so sehen wir sofort, daß die typische Wesensänderung fast bei allen genuinen Epileptikern, aber nur bei ganz wenigen symptomatischen Epileptikern vorhanden ist; und zwar nur bei traumatischen Epilepsien, deren exogene Natur nicht bewiesen ist, deren Anlagemomente aber mindestens wahrscheinlich sind. Von den 9 Residualepileptikern, die sich unter den 35 symptomatischen Epilepsien dieser Serie befinden, hat keiner diese typischen Kennzeichen der epileptischen Wesensänderung. Die typische epileptische Wesensänderung kommt also immer nur dort vor, wo die Anfälle in der Hauptsache der ererbten Krampfbereitschaft entspringen; oder anders ausgedrückt: die typische epileptische Wesensänderung mit dem Kardinalsymptom der Perseveration ist ein Symptom der Anlageepilepsien." (S.117, Hervorheb. im Orig.)

Ein zweiter Schwerpunkt des klinischen Teils lag auf der Genese von Wesensänderung und Demenz. Im Verhältnis zur Zahl der aufgetretenen Anfälle stellte er bei der Ausbildung von Demenz-Zuständen eine lineare Proportionalität fest; die Entstehung der Wesensänderung würde dagegen durch drei Hilfsfaktoren begünstigt: eine vorausgegangene Luminalbehandlung, das Vorhandensein einer athletischen Konstitution und durch eine besonders symptomreiche Verlaufsform der 'genuinen' Epilepsie, die sich durch eine

Häufung von längerdauernden Bewußtseinsstörungen auszeichne. Die eigentliche Ursache liege jedoch in der Veranlagung:

> "die Wesensänderung ist allen genuinen Epileptikern gemein; ...
> Ein obligates Symptom der genuinen Epilepsie, das nicht Anfallsfolge ist, kann nur in der Anlage begründet sein. Oder anders gesagt: die Anlage der genuinen Epileptiker besteht nicht nur in einer spezifischen Krampfbereitschaft, sondern auch in einer spezifischen Wesensänderung." (S.163, Hervorheb. im Orig.)

Stauders Konzept der 'epileptischen Wesensänderung' beschränkte ihre Merkmale weitgehend auf die 'Perseveration'[96]; sie bildete ihren gemeinsamen Nenner und hielt sie zusammen. Wie bei Mauz konzentrierten sie sich auf den kognitiven Bereich. Das klassische Merkmal 'Reizbarkeit' koppelte er ab; insgesamt sei die Affektivität der 'genuinen' Epileptiker eher gutmütig-stumpf oder völlig unauffällig.[97] Damit deckte sich seine Fassung des Konstrukts großteils mit dem psychopathologischen Teil der 'enechetischen Konstitution' von Friedrich Mauz. Als neue Kernsymptome gingen nunmehr die nahezu identischen Merkmale 'Perseveration' und 'Haften' in das Inventar der 'epileptischen Wesensänderung' über.

Im Vergleich dazu konnte sich die nosologische Bewertung nur noch geringfügig verändern, wenn man von ihrem vorherigen Stand ausging, denn die 'epileptische Wesensänderung' (bzw. der 'epileptische Charakter') galt schon zuvor als anlagebedingtes, den Krampfanfällen gleichwertiges Symptom der 'genuinen' Epilepsie mit pathognomonischer Bedeutung. Stauder spitzte, wie wir gesehen haben, diese Sicht weiter zu: jeder 'genuine' Epileptiker war demnach als zwangsläufig wesensverändert anzusehen.

Die eigentliche Wirkung der Arbeiten von Mauz und Stauder lag in der Suggestion eines nicht mehr

angreifbaren Maßes von Eindeutigkeit und Exaktheit. Stauder erhob selbst den ausdrücklichen Anspruch, die mit der 'epileptischen Wesensänderung' zusammenhängenden Probleme endgültig gelöst zu haben (S.112). Die Ergebnisse von Mauz und Stauder erschienen zudem im richtigen Augenblick, wie leicht zu erkennen ist: als nämlich die Position, die vom nationalsozialistischen Staat zur epilepsietheoretischen Grundlage seiner diesbezüglichen Rassenpolitik erhoben und auf juristischem Weg mit definitiver wissenschaftlicher Gültigkeit versehen worden war, sich in den erbgesundheitsgerichtlichen Verfahren ganz und garnicht mit der Schlüssigkeit auf die Begutachtung des Einzelfalls anwenden ließ, die das Gesetz vorspiegelte, und zudem namhafte Neurologen des Auslands die Existenz der 'genuinen' Epilepsie grundsätzlich bestritten (Jules Comby, J.Abadie, Kinnier Wilson).[98]

Die neuartigen Forschungsverfahren bewahrten die Studien von Mauz und Stauder natürlich für sich genommen nicht vor methodologischen Unzulänglichkeiten, denen auch die einschlägigen Arbeiten aus der psychopathologischen Gründerzeit unterlagen. Nach wie vor begünstigte der Mangel an methodenkritischer Selbstreflexion affirmative Muster: die Erkenntnislogik der neuen 'epileptischen Wesensänderung' hatte unbemerkt entscheidende Schwachstellen des 'epileptischen Charakters' übernommen. Zu den überlieferten Unstimmigkeiten gesellten sich nun noch das Spekulative und Ungesicherte nicht erprobter Forschungsmethoden; gerade sie verhalfen den Studien jedoch dazu, eine hermetische Wissenschaftlichkeit auszustrahlen.

Wenn wir jetzt noch einmal auf die nicht ohne weiteres verständliche Feststellung einiger Autoren (vgl. die Einleitung) zurückkommen, daß die 'epileptische Wesensänderung' vorwiegend eine deutsche Erscheinung sei, können wir uns über die Hintergründe

ein genaueres Bild machen. Streng genommen trifft diese Auffassung ohnehin nur für die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg zu. Davor hatte der 'epileptische Charakter' durchaus auch in anderen Ländern namhaftere Anhänger, ohne freilich über einen längeren Zeitraum das psychiatrische Denken in diesem Bereich so zu beherrschen wie in der deutschen Entwicklung. In keinem anderen Land hingegen wurde auf gesamtstaatlicher Ebene Rassenpolitik und 'Euthanasie' bzw. Massenvernichtung in rechtlich kodifizierter Form durchgeführt und von psychiatrischen Institutionen, Psychiatern und anderen Ärzten direkt oder indirekt unterstützt. Nirgendwo sonst flossen staatliche Politik und psychiatrische Theoriebildung so ineinander, daß sich medizinische Diagnosen unmittelbar in staatliche Indikationen zu Zwangsmaßnahmen ummünzen ließen.

Entsprechend der allgemeinen Verdrängung der nationalsozialistischen Zeit aus dem öffentlichen Bewußtsein, wollten in der Nachkriegs-Ära auch viele Psychiater die Verwicklung ihres Fachs in diese verhängnisvolle 'Zerstörung der Vernunft', wie G.Lukács es nannte, nicht zur Kenntnis nehmen oder gar eingestehen, um in einer kollektiven Anstrengung nach daraus zu ziehenden Konsequenzen zu fahnden. In der Regel knüpfte die Psychiatrie thematisch und konzeptionell dort wieder an, wo sie vor dem Zusammenbruch gestanden hatte. In unserer Blickrichtung bedeutete dies bekanntlich, daß sich das Denkschema der 'epileptischen Wesensänderung' bis weit in die Nachkriegszeit hinein behauptete.

7 PSYCHIATRIEGESCHICHTLICHE BEZUGSPUNKTE UND FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN

Vergegenwärtigt man sich noch einmal den Gang dieser Untersuchung, so war die stoffliche Fülle und Komplexität ihres Gegenstandes nur fragmentarisch zu erfassen; dies umso mehr, wenn man sich den bisherigen Stand der Aufbereitung und Durchdringung des epilepsietheoretischen Erbes der deutschen Psychiatrie vor Augen hält. Die vorliegenden theoriegeschichtlichen Abrisse endeten meistens bei Paul Samt; häufig gingen ihre Autoren über die Aneinanderreihung punktueller Zitate kaum hinaus. So überrascht es nicht, daß der hier zu wählende Zugang sich primär auf das Nächstliegende konzentrieren mußte, nämlich auf eine verhältnismäßig breit angelegte, wenn auch natürlich keineswegs erschöpfende, theoriegeschichtliche Bestandsaufnahme und den Versuch, die einzelnen theoriebildenden Schritte zu rekonstruieren. Die ausgreifende Suche nach systematischen Erklärungshorizonten mußte aus naheliegenden Gründen dahinter zurückstehen.

Eines der traditionellen Deutungsschemata in der Geschichtsschreibung einzelner Wissenschaften begreift die Theorieentwicklung zunächst als Ergebnis eines kumulativen Forschungsprozesses, der sich asymptotisch an das vollständige Erkennen des Objektbereichs annähere, indem er systematisch die noch vorhandenen Wissenslücken beseitige. In dieser idealtypischen Vorstellung ist die Wissenschaftsentwicklung rationalen Prinzipien unterworfen zur Erzielung kontinuierlicher Erkenntnisfortschritte. Es ist offenkundig, daß ein derartiges Denkmodell nicht der Entwicklung der 'epileptischen Wesensänderung' entspricht. Wenn man sich stattdessen nach befriedigenderen Erklärungsansätzen

für deren Entwicklungsgang fragt, wird deutlich, daß der Verlauf eines speziellen Theoriebildungsprozesses nur im Zusammenhang mit der allgemeinen Psychiatrie-Geschichte verständlich werden kann und daß die Erkenntnisgrenzen der allgemeinen Entwicklungsgeschichte zugleich die Erkenntnis ihrer Teil-Entwicklungen limitieren. Noch längst jedoch läßt sich nicht auf eine elaborierte wissenschaftshistorische Theorie der psychiatrischen Theoriebildung zurückgreifen. Insofern betreffen diese Erklärungsdefizite sowohl unser Thema als auch Aspekte des Gesamtgebiets der Psychiatrie-Geschichte.

Wenn man nun trotzdem nach den Gründen für das Zustandekommen bestimmter theoriebildender Schritte sucht, so lassen sich verschiedene Annahmen diskutieren. Nehmen wir z.B. den Wandel der vorherrschenden Persönlichkeitsbilder von Epileptikern. Um 1800 galten sie als bedauernswerte, ihrem Schicksal ausgelieferte Kreaturen, nahmen bis ungefähr 1880 die Züge gemeingefährlicher, unberechenbarer Ungeheuer an, um sich schließlich in den darauffolgenden fünfzig Jahren in minderwertige, gesellschaftsuntaugliche Psychopathen zu verwandeln. Wenigstens mit dem letzten Bild war die Behauptung verbunden, daß es zwangsläufig zum Anfallsleiden dazugehöre. Eine naheliegende Annahme geht von der unmittelbaren Aussage des Wandels aus und besagt, daß die Epileptiker selbst sich gewandelt hätten und die Theorieentwicklung dies zutreffend ausdrücke. Damit wäre verbunden, daß die Persönlichkeitszüge von Epileptikern nicht direkt aus dem Krankheitsgeschehen abgeleitet werden können; stattdessen müßte es sich um Veränderungen von kulturell überformten Erscheinungsbildern handeln.

Diese Annahme würde als Forschungsperspektive die Asylierung und ihre Folgen einschließen; vergleichbare anglo-amerikanische Ansätze deuteten, wie zu Beginn gezeigt, die 'epileptische Wesensänderung' als

Anstaltsartefakt; ein Moment, das naturgemäß bei der Sichtung der älteren Literatur zu kurz kommen mußte, da die Hospitalisierung dort als selbstverständliches Mittel der psychiatrischen Therapie vorausgesetzt wurde. Bei genauerer Betrachtung könnte sich jedoch herausstellen, daß die Bezeichnung 'Anstaltsartefakt' die tatsächlichen Verhältnisse einer Klärung kaum näherbringt. Bei einem derartigen Klärungsversuch ist allerdings zu berücksichtigen, daß die psychiatrischen Therapiekonzepte des 19.Jahrhunderts keine sicheren Aussagen über die psychiatrische Klinik als faktischen Behandlungsraum resp. Umgangs-Rahmen zulassen, wie Martin Schrenk herausgearbeitet hat.

> "Die Frage, wie die Psychiatrie vor 150-200 Jahren mit Geisteskranken umgegangen ist, läßt sich nur unzureichend beantworten. Weiß man doch kaum, wie man heute in Krankenhäusern und Kliniken mit ihnen umgeht. Kaum die Ärzte auf den Abteilungen können immer genau orientiert sein über das, was 'außerhalb der Visite' geschieht. Nur die Kranken selbst und ihre Pfleger erfahren und erleiden, wie und womit heilender und heilloser Umgang stattfindet.
> ...
> Versuchen wir, uns ein Bild zu machen von dem, was im Laufe der geschichtlichen Entwicklung in der Psychiatrie praktiziert, nicht nur, was gedacht wurde, so ergeben sich schwer überschaubare Sachverhalte. Denn die psychiatrischen Praktiken sind keinesfalls immer aus der jeweiligen psychopathologischen Theorie abgeleitet. Oft weichen sie von dieser ab, widersprechen ihr; oft wird ... psychiatrische Praxis fernab von allen wissenschaftlichen, auch von den spekulativen Grundlagen, rein aus dem praktischen Umgang mit Menschen entwickelt ..."[1]

Für asylierte Epileptiker ist zunächst zu vermuten, daß die über weite Strecken des Theoriebildungsprozesses durch Stigmatisierung gekennzeichneten Persönlichkeitsbilder von Epileptikern auch den praktischen Umgang mit ihnen beeinflußt haben dürften; etwas vergröbernd und die speziellen Epileptiker-Anstalten ausnehmend, die in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts vereinzelt gegründet wurden, könnte man daraus den Schluß ziehen, daß die psychiatrische

Grundhaltung zu Anfallskranken, ihrem philanthropisch-paternalen Ethos zum Trotz, auch durch Ablehnung, Antipathie und Distanzierung bestimmt war.

Martin Schrenk hat eine psychiatriegeschichtliche Forschungsperspektive entworfen, die auch in unserem Zusammenhang fruchtbar werden könnte. Zwischen Theoriegeschichte einerseits und Institutionengeschichte andererseits siedelte er die Frage nach der Geschichte des Umgangs mit Geisteskranken an. Um jedoch die Krankheitsgeschichte von Epileptikern nicht erst mit der Asylierung beginnen zu lassen und ihre Verhaltens- bzw. Charakteränderungen in einen biographischen Rahmen bringen zu können, wäre es erforderlich, die Perspektive von Schrenk über die Anstalt hinaus zu verlängern, sozusagen zu einer Sozialgeschichte des Umgangs mit Epileptikern. Denn wenn ein Anfallskranker interniert wurde, hatte er in den meisten Fällen schon eine langdauernde Odyssee hinter sich, die sich nur in Umrissen rekonstruieren läßt; dabei unterschieden sich die einzelnen Verläufe nach der vorherigen Persönlichkeitsentwicklung, dem Bildungs- und Besitzstand, der familiären und geographischen Lage etc. Oft könnte es so gewesen sein, daß der Asylierung Versuche, das Leiden zu verbergen, vorausgingen, die Anwendung der unterschiedlichsten Curmethoden durch Wunderheiler, 'weise Frauen', Quacksalber und Ärzte; in sozialer Hinsicht dürften Ausgrenzung, Mißachtung und Deklassierung im Vergleich zu Hilfsbereitschaft und Unterstützung überwogen haben. Früher oder später sanken viele wohl in Mittellosigkeit, Verwahrlosung und soziale Ächtung ab, sodaß die Asylierung zweifellos eine Verbesserung ihrer Lage mit sich bringen konnte. C.M.F.Sponholz, Direktor der Irrenanstalt von Neustadt-Eberswalde, beschrieb 1872 ihre Lebenssituation so:

> "Noch immer bilden die Epileptiker die Parias der menschlichen Gesellschaft, sie stehen im Mitgefühl

und in werkthätiger Fürsorge den Geisteskranken, Idioten und Siechen bei Weitem nach. Für jene haben Staat und Provinz Paläste errichtet, für Blöde wetteifern Vereine und Specialisten in grösseren und kleineren Asylen und angeblich erzielten Erfolgen, die Siechen finden mindestens in alten Häusern ein bescheidenes Unterkommen, den mittellosen Epileptikern - und auf die Armuth entfällt das überwiegend grösste Contingent - fehlt bis jetzt die bleibende Stätte, wo sie Hülfe oder Schutz finden und verbringen sie, sich zur Qual, ihren Angehörigen oder den Gemeinden zur Last, ihr kummervolles Dasein. Denn was wollen kleine Häuser, wie das mustergültige Würtembergische zu Stetten, das Westphälische zu Bielefeld ... gegen das Bedürfniss von Hunderttausenden bedeuten, was sagen, wenn die Idioten-Anstalten einzelne nehmen, so lange Raum vorhanden und Zahlung gewährleistet, die Irren-Anstalten den Gemeingefährlichen widerwilligen Zutritt gestatten.
...
Privat-Anstalten, werden sie von Vereinen in's Leben gerufen, durch sie und öffentliche Mildthätigkeit grösstentheils unterhalten, oder von Aerzten gegründet und durch die Pensionen gedeckt, genügen daher noch lange nicht. Nur ausnahmsweise finden arme Unglückliche hierin Aufnahme und wegen der den Gemeinden sehr bald lästigen Beiträge wohl nur auf kurze Zeit. Sie werden aber, wie wir in Bielefeld sehen, aus einer beabsichtigten Heil- und einer wissenschaftlichen Epilepsiatrie gewidmeten Anstalten einfache Asyle zur Erziehung und Pflege und sind nur zu sehr darauf angewiesen, nicht der Heilbarkeit, sondern der Zahlungsfähigkeit den Vorrang einzuräumen."[2]

In den psychiatrischen Anstalten herrschte, was die Therapiekonzepte anlangte, eine immense Vielfalt, die sich zudem, in Abhängigkeit vom jeweiligen Autor, seiner therapeutischen Grundeinstellung, seiner Experimentierfreude und seinem Erfindungsreichtum, ständig im Fluß befand; zahlreiche breitgefächerte Maßnahmenkataloge geben darüber Auskunft. Im Vergleich zum anstaltsexternen Leben ist davon auszugehen, daß einerseits die äußere Existenz in vielen Fällen gesicherter war, daß die Anfallskranken in einem relativ geschützten Raum Versorgung und Pflege fanden. Zum anderen waren sie nun jedoch auch den nahezu uneingeschränkten Machtbefugnissen der Anstaltsärzte in

allen internen Belangen ausgesetzt, ihrer therapeutischen Unerbittlichkeit oder Zurückhaltung, ihrem wissenschaftlichen Sendungsbewußtsein oder ihrer strengen Menschenfreundlichkeit; dazu kam der Umgang mit einem meist unausgebildeten Pflegepersonal, das die Patienten offenbar nicht selten mißhandelte.[3]

Vor der Einführung der Bromtherapie galten die Behandlungsversuche bei nüchterner Betrachtung als mehr oder weniger vergeblich. Heinrich Hoffmann berichtete 1859 über seine Erfahrungen mit der Therapie von Anfallskranken in der Irrenanstalt von Franfurt/M.:

> "In Bezug auf meine therapeutischen Resultate kann ich nun freilich bei der Epilepsie wenig Rühmliches, selbst nur wenig Interessantes mittheilen; Niemand wird sich darüber wundern, der bedenkt, dass eben alle bei uns einkehrenden Kranken zu den unheilbaren gezählt werden müssen. Die meisten waren draussen schon jahrelang ärztlich behandelt worden, und hatten schon reichlich aus den Schätzen der verschiedensten Pharmacopöen geschöpft, leider ohne Erfolg.
> ...
> Wenn die promovirten Doctoren nicht helfen konnten, wurde an die Wunderkräfte der Geheimmittel appellirt, und so konnte es nicht erstaunen, wenn man uns mittheilte, der und der Kranke habe schon Alles durchgebraucht, er habe sogar schon Menstrualblut, Pulvis placentae und pulverisirten Hirnschädel vom Kirchhofe eingenommen; und nun sollte ich den seit Jahren bestehenden tiefen Blödsinn in möglichst kurzer Zeit beseitigen."[4]

Und K.E.Hasse konstatierte 1855:

> "Fast alle Mittel wurden angepriesen, fanden ihre Bewunderer und sollten zahlreiche Fälle von Epilepsie geheilt haben. In den Händen unbefangener Beobachter und nach dem Ablauf des ersten Enthusiasmus zeigten sie sich mehr oder minder erfolglos. Volks- und Geheimmittel, welche, so lange sie in mystisches Dunkel gehüllt waren, zahlreiche Curen bewirkt haben sollten, versagten sobald sie in die Hände der Aerzte übergingen. So kommt es, daß wir auf der einen Seite immer wieder einer auffallenden Zuversicht einzelner Therapeuten und auf der anderen Seite der Hoffnungslosigkeit, der Resignation auf erfolgreiches Handeln begegnen."[5]

In seinem Überblick über die Therapie nannte

Hasse u.a. die folgenden Maßnahmen: bei einer peripheren Aura operative Eingriffe in dem betroffenen Gebiet (Nervenschnitt, Amputation, Kastration); sog. Ableitungen, die mittels künstlich gesetzter Hautgeschwüren dem Leiden einen Abfluß schaffen sollten (Vesicantien, d.h. blasenziehende Substanzen, Kauterien aller Art, selbst Brennen bis auf die Knochen, Einreibung von Autenrieth'scher Salbe auf den geschorenen Kopf, Haarseile, d.h. daß meist im Nacken eine Hautfalte durchstochen und ein Seil aus Roßhaaren hindurchgezogen wurde, das man zum Zweck der Eiterung z.T. jahrelang liegen ließ, oder auch Moxen, d.h. kleine Kegel aus verglimmendem Material, die auf der Haut zum Verschmoren gebracht wurden, u.a.m.); Tracheotomie; Ätzen der Stimmritze; Aderlässe aus den Jugularvenen und den Temporalarterien; Blutegelapplikationen; Brech- und Abführmittel; Unterbindung der Carotis; Kompression der Carotiden; Trepanationen; psychische Einwirkungen (Schreck, Drohung etc.); Sturzbäder; unzählige pflanzliche und chemische Substanzen; diätetische Maßnahmen; Veränderungen der Lebensweise etc. Bei Störungen des Anstaltsreglements dürfte Epileptikern mit denselben physischen Gewaltmitteln begegnet worden sein wie den anderen Internierten. Besonders in kleineren[6] und den speziellen Anstalten für Epileptiker bemühte man sich um eine humane Behandlung, um Pflege, Betreuung und ein therapeutisches Milieu, sowie um arbeits- bzw. beschäftigungstherapeutische Maßnahmen.

Seit den sechziger Jahren veränderte sich die therapeutische Situation durch die rasche Verbreitung der 1857 von Locock eingeführten Gabe von Bromsalzen, besonders von Bromkalium. Nothnagel beschrieb es 1877 als das Mittel, das in den vergangenen zehn Jahren Epileptikern zweifellos am meisten gegeben worden sei. Er sah in ihm zwar kein souveränes Anti-

epileptikum, es leiste jedoch mehr als alle anderen Mittel; es mache die Anfälle seltener und dehne den intervallären Zeitraum aus. Entsprechend dem Ziel der Anfallsfreiheit wurden häufig beträchtliche Dosen verabreicht, die erst bei Intoxikationserscheinungen reduziert werden sollten. Nothnagel empfahl, das Mittel möglichst lange und in großen Dosen zu geben. Bei Erwachsenen beginne man mit 5 g täglich, und erhöhe auf 10-15 g, bei entsprechender Toleranz selbst auf 20 g täglich. Außerhalb der Anstalten war die Selbstmedikation offenbar nicht selten anzutreffen. Die Bodelschwinghschen Anstalten in Bethel verschickten das neue Antiepileptikum an alle Patienten und Ärzte, die darum baten.[7] Schon in den siebziger Jahren wurden Stimmen laut, die vor einem Mißbrauch der Bromtherapie warnten. So berichtete z.B. Wendt[8], zweiter Hilfsarzt der Irrenanstalt Sachsenberg, von vier Patienten, denen während eines knappen Jahres jeweils ca. 5 kg Bromkalium bei einem Körpergewicht von ungefähr 60 kg verabreicht wurden. Wiederholt seien dabei Intoxikationszeichen aufgetreten (Verdauungsstörungen, Appetitmangel, Durchfall, Lähmungserscheinungen, Unsicherheit auf den Beinen, taumelnder Gang, Sprachstörungen, Schwindel, Müdigkeit, Benommenheit u.a.m.).

Wenn wir nun zu dieser Skizze die subtileren, alltäglichen Formen des Zwangs, der Mißachtung und Entmündigung hinzufügen, die möglicherweise angesichts der Vorgeschichte und der sonstigen Lebensumstände in der Anstalt kaum ins Gewicht fielen, können wir ungefähr folgende Lebenssituation rekonstruieren: ihrer Anfallskrankheit ausgesetzt, die sie mit der existentiellen Erfahrung des unberechenbaren Verlustes ihrer Selbstwahrnehmung und -bestimmung konfrontierte, sahen sie sich in der Folge gemieden, herabgesetzt, aus ihren bisherigen sozialen Bezügen ganz oder teilweise hinausgedrängt, ohne den eigentlichen Grund dafür zu kennen; denn sie erlebten ihre Anfälle

nur im Spiegel ihrer Umwelt (D.Janz). Die zu Rate gezogenen Doktoren, Heilkundigen, Gesundbeter, Scharlatane etc. empfahlen immer wieder andere wundersame Curen und Geheimmittel, versprachen nicht selten auch Heilung, die trotz der damit verbundenen Kosten, Mühen und Qualen fast nie eintrat oder nur von kurzer Dauer war. Es ist naheliegend, daß unter diesen Umständen der Wechsel zwischen Hoffnung und Enttäuschung zu einer emotionalen Grunderfahrung von Anfallskranken wurde. Viele büßten wohl früher oder später ihre Subsistenzmittel ein, waren auf die Unterstützung ihrer Familie oder fremde Mildtätigkeit angewiesen, durchliefen Prozesse innerer wie äußerer Verelendung und Verrohung, sahen sich zur Landstreicherei, zum Betteln oder Stehlen gezwungen, wenn sie nicht von ihrer Familie versorgt wurden oder in einem Asyl Zuflucht fanden. Ihr Anfallsleiden und die Reaktionen ihrer Umwelt stellten sie vor die vollendete Tatsache, sich mit völlig veränderten, negativen Lebensbedingungen abfinden zu müssen. Zum Verlust der Selbstbestimmung im Anfall trat der radikale Entzug positiver Lebens- und Entfaltungsmöglichkeiten in der Zeit zwischen den Anfällen. Was sich also primär verändert hatte, war keineswegs die Persönlichkeit des Anfallskranken, wie es der 'epileptische Charakter' implizierte, sondern die Haltung und das Verhalten seiner Umwelt, als sie von dem Anfallsleiden erfahren hatte; im Schema des Konstrukts gedacht, wandelte sich dadurch sozusagen der Charakter seiner Mitmenschen. Mußten nicht gerade Epileptiker, deren Auffassungsfähigkeit und Intelligenz von den Anfällen zunächst meist unberührt blieben, die ihnen widerfahrende Behandlung als zusätzliche, höchst ungerechte Strafe empfinden, gegen die sie sich mit ihren Mitteln verzweifelt oder verschlagen, gewaltsam oder raffiniert, zur Wehr zu setzen versuchten, ohne je einen unmittelbar 'Schuldigen' für ihre Misere ausmachen zu können?

Ihr streng reglementiertes Leben in der patriarchalischen Ordnung der Anstalten dürfte von einem weiteren Zwiespalt bestimmt worden sein. Neben dem Wechsel zwischen naiver Hoffnungsbereitschaft und resignativer Verbitterung sahen sie sich dem Widerspruch zwischen den beiden Grundelementen ihres Anstaltsdaseins ausgesetzt: dem Schutz und der Versorgung standen Zwang und Gewalt gegenüber.

Zusammengeworfen mit Schwachsinnigen, Verstörten und Verrückten aller Schattierungen schwankten sie zwischen Anpassung und Auflehnung; Außenstehenden, zu denen auch die Anstaltspsychiater gehörten, erschienen die äußeren Anlässe nichtig, die Wutausbrüche und rücksichtslose Gewalttaten auslösten. Vermeintliche Bagatellen brachten sie aus ihrem labilen psychodynamischen Gleichgewicht; ihre Lage machte sie empfindlich, mißtrauisch und angriffslustig. Welchen Grund gab es aus ihrer Sicht, die bürgerlichen Regeln des Anstandes, der Rücksichtnahme und des Wohlwollens zu respektieren, nachdem diese Übereinkünfte vom Schicksal und den meisten ihrer Mitmenschen längst gebrochen worden waren? So war es wohl in erster Linie das alltägliche Kalkül des eigenen Vorteils, das für zeitweilige Freundlichkeit, Unterwürfigkeit oder Beflissenheit sprach.

Die Folgen einer forcierten, langdauernden Bromtherapie, die Depersonalisierung infolge der anhaltenden Internierung, die Anfälle selbst und die dabei erlittenen Verletzungen verschränkten sich zu einem fortschreitenden organischen, psychischen und sozialen Deprivationsprozess und erzeugten allmählich das Erscheinungsbild unwiderruflicher Demenz.

Was bleibt damit noch von den Bestandteilen des 'epileptischen Charakters'? Ein Blick auf das Bedeutungsprofil zeigt, daß die meisten Merkmale in dieser Skizze erfaßt wurden. Ob alle Merkmale einer psycho-

dynamisch-biographischen Deutung zugänglich sind, bleibt offen, wenngleich sich gewiß entsprechende Verbindungslinien aufzeigen ließen. Diese Frage ist hier auch nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Worauf es uns ankommt, ist vielmehr die Plausibilität dieser Perspektive zu verdeutlichen. Vorausgesetzt, daß damit die tatsächlichen Verhältnisse ungefähr zutreffend rekonstruiert sind, läßt sich die Interpretation des 'epileptischen Charakters' als Anstaltsartefakt, als gewissermaßen beiläufiges Kunstprodukt der Anstaltsverhältnisse, nicht aufrechterhalten. Die Anstalt erscheint dann als ein abgespaltener, spezialisierter Ort der Gesellschaft, der sozusagen an ihre Stelle trat, wenn die naturwüchsigen Handlungsmuster am Ort des Geschehens ihren sozialen Aufgaben der Problemlösung bzw. -begrenzung nicht mehr gerecht werden konnten. Die Anstalt setzte die Behandlung von störenden Geisteskranken, Epileptikern, Irrsinnigen u.a. mit medizinisch definierten Mitteln fort; zugleich bildeten sich eigene institutionelle Zwecke heraus wie z.B. Expansionsbestrebungen, die Steigerung des Beharrungsvermögens oder die Ausdehnung ihres Einflusses.

Die Anstalt bot damit auf der einen Seite die Möglichkeit, die Geisteskranken zuverlässiger und umfassender vom gesellschaftlichen Raum abzuschließen; auf der anderen Seite gab sie den auf Professionalisierung hindrängenden Irrenärzten ein eigenständiges Tätigkeits- bzw. Experimentierfeld. Zum dritten wurde dem Ruf nach mehr Humanität im Irrenwesen der Boden entzogen; seiner ursprünglich auch politischen, von Frankreich herübergetragenen Zielsetzung ließ sich mehr und mehr eine medizinische und karitative Gestalt geben.

Die institutionelle Unterscheidung Anfallskranker von Irrsinnigen war jedoch erst im Entstehen begriffen. So bestand die paradoxe Situation, daß Epi-

leptiker entweder 'gemeingefährlich' sein mußten oder zahlungskräftig, um in den widersprüchlichen Schutzraum der Anstalt aufgenommen zu werden. In der breiten Öffentlichkeit und der Irrenärzteschaft verkörperten sie eine besondere Spielart des Wahnsinns - wenn sie noch nicht geistig gestört waren, sah man darin primär eine Frage der Zeit -, den staatlichen Stellen galten sie als nicht verrückt genug, um auf staatliche Kosten interniert zu werden.

Für die französischen Verhältnisse gab G.Delasiauve 1855 einen bezeichnenden Hinweis auf diesen Sachverhalt. Wie er beklagte, nahm das französische Irrengesetz von 1838[9] nur auf die 'epileptischen Irren' Bezug und nicht auch auf die gewöhnlichen Epileptiker.

> "Wie soll man aber diese beiden Kategorieen von Epileptischen unterscheiden und wem liegt diese Unterscheidung ob? Es ist damit der Willkür die Thüre geöffnet. In der That stützt man sich in manchen Departements auf den Mangel genauer gesetzlicher Bestimmungen, versagt vielen Kranken den Eintritt in die Specialanstalten und nimmt nur jene auf, deren Irrwahn klar zu Tage liegt.
> Bei der Berathung des Gesetzes fand sich eine Opposition in den Kammern, welche die Last der unglücklichen Epileptischen der öffentlichen Unterstützung nicht aufbürden wollte. Die Regierung musste diesen Widerstand bekämpfen, und nur dadurch, dass man epileptische Irre statt Epileptische setzte, gelang es, einer grössern Menge Aufnahme in den Anstalten zu verschaffen. Die tägliche Erfahrung weist aber das Ungenügende dieses Gesetzes nach.
> ...
> Manche Kranke kommen nur unter dem Deckmantel des Irrseins über die Schwelle des Hospitals. Und ist es nicht niederschlagend und erniedrigend für jene, welche nur zeitweise verirrt, gewöhnlich aber ganz bei Verstande sind, dass sie sich immer unter den Unglücklichen befinden sollen, die ihren Verstand ganz verloren. Kann die Heilung nicht dadurch erschwert werden?"[10]

Was zunächst wie ein selbstloser politischer Schachzug aussah, nämlich die Stilisierung von Epileptikern zu gemeingefährlichen Irren, und sich durch seinen humanen Zweck rechtfertigte, enthielt geradezu das Modell, nach dem sich die Professionalisierung

der Irrenärzte weiter vorantreiben ließ. Auf diesem Weg hatte die Anstalt[11] eine besondere strategische Position inne: mit der allmählichen Errichtung zahlreicher Anstalten war die Schaffung von Psychiater-Stellen verbunden, die Aussicht auf wissenschaftlichen Fortschritt durch kontinuierliche Beobachtungs- und Experimentiermöglichkeiten, auf politischen Einfluß und soziales Fortkommen etc. Denn die Gefährlichkeit von Epileptikern bzw. Geisteskranken zu betonen und auf der krankhaften Grundlage dieser Prozesse zu beharren, schloß unmittelbar auch die Beteiligung der Irrenärzte ein. Sie waren die einzigen, die in der Lage waren, die sich daraus ergebende Zweckmäßigkeit der Internierung den staatlichen Stellen und der Öffentlichkeit mit medizinischen und sozialen Gründen plausibel zu machen. Nur sie konnten behaupten, mit gemeingefährlichen Kranken richtig umgehen zu können, im Innern der Anstalt human und heilend, nach außen hin sicher und isolierend. Deshalb war es für sie schlüssig, die uneingeschränkte Leitung der Anstalt zu fordern und durchzusetzen.

Wenn wir nun noch einmal auf die Präsentation von Epileptikern als 'gemeingefährliche Ungeheuer' zurückkommen, so fällt auf, daß sie zeitlich ungefähr mit der expansionsorientierten Phase der Anstalten zusammenfiel. Als diese Phase nach der Jahrhundertwende zu einem vorläufigen Abschluß gelangt war, entfiel auch der Grund, die 'Gemeingefährlichkeit' zu forcieren. Ihre relative Abschwächung auf ein mittleres Maß korrespondierte mit dem allmählichen Übergang auf das Bild des 'minderwertigen Psychopathen'. Natürlich ist hier vor allzu linearen Deutungen zu warnen; gewiß wären auch Faktoren zu berücksichtigen, die in der Theorieentwicklung selbst lagen, z.B. die Sogwirkung allgemeiner Theoriebewegungen, etwa der Degeneration oder Heredität, oder in Veränderungen der Anstaltsverhältnisse. Es wäre zu prüfen, ob ähn-

liche Prozesse der Dramatisierung bzw. Entdramatisierung auch in anderen Teilbereichen der Psychiatrie zu beobachten waren.[12]

Mit diesen Überlegungen bewegen wir uns bei dem Versuch, uns den Wandel der Persönlichkeitsbilder von Epileptikern begreiflich zu machen, längst nicht mehr im Bereich der Annahme, die von Veränderungen bei den Anfallskranken selbst ausging, sondern im Umkreis einer zweiten, ergänzenden Annahme. Sie beinhaltet, daß die Bewegungsmomente auch in den Bedingungen der Theoriebildung zu suchen sind, und daß sich die Theorien durch eine mehrfache Zweckstruktur auszeichnen. In dem 'offiziellen' Zweck, die wissenschaftliche Erkenntnis entsprechend den disziplinären Wahrheitskriterien voranzutreiben, ist eine weitere Zweckebene enthalten, die auf die berufspolitische Realisierung disziplinärer bzw. persönlicher Eigeninteressen abzielt. Je nach der Entwicklungsstufe eines Fachs, seines professionalisierungspolitisch und inhaltlich bestimmten Verhältnisses zu potentiell konkurrierenden Nachbardisziplinen, der Gewichtung und Ausrichtung seiner faktischen berufspolitischen Ziele etc. dürfte das anteilige Verhältnis bzw. die Durchmischung dieser Ebenen anders ausgefallen sein. Besonders bedeutsam erscheint hier die Frage, ob und an welchen Stellen die berufspolitischen Interessen, sozusagen eingegangen in die kollektive Identität des Fachs, die Theoriebildung direkt oder indirekt beeinflußten, ihre Prämissen, Inhalte, 'blinde Flecke', Schlußfolgerungen. Dann würde ein Theoriegebilde, üblicherweise als nach bestem wissenschaftlichen Wissen und Gewissen zustandegekommen deklariert, unter gewissen Umständen seine Aussage und Gestalt auch außerwissenschaftlichen Impulsen verdanken, einmal abgesehen vom unwegsamen Gelände vorrationaler Orientierungen, Wertsetzungen etc.

Ausgangspunkt dieser Überlegungen zur Entstehung der modernen Psychiatrie als Profession war eine aus der neueren Berufsforschung stammende Vorstellung, die hier nur verkürzt wiedergegeben werden kann[13], daß nämlich die Konstitution einer Profession prinzipiell in einem aktiven, interessengeleiteten Prozeß erfolgt, der sowohl die Herausbildung entsprechender Spezial-Qualifikationen zum Ziel hat, wie die ökonomische und gesellschaftlich-politische Etablierung. Diese beiden Zielsetzungen beinhalten, in Abhängigkeit vom Differenzierungsgrad der gesellschaftlichen Verhältnisse, unterschiedliche Realisierungsbedingungen und -orte; sie sind zwar grundsätzlich aufeinander bezogen, können aber vorübergehend auseinandertreten oder sich in Teilen widersprechen. Von besonderem Interesse ist deshalb ihr wechselseitiges Verhältnis; die Untersuchung der historischen Entwicklung dieses Verhältnisses könnte sich von einer Perspektive leiten lassen, die so zusammenzufassen ist:

> "Je nach ihrer konkret-inhaltlichen Zusammensetzung und Abgrenzung - ihrer 'Schneidung' - vermitteln die Berufe ... ihrem Inhaber einen unterschiedlichen ökonomischen und sozialen Status. Unter Konkurrenzbedingungen ... ist dieser doppelte Effekt der Berufsschneidung Anlaß zu konfliktträchtigen Auseinandersetzungen unterschiedlichster Gruppen um die Aneignung bzw. Verteidigung bestimmter Kompetenz- und Qualifikationselemente mit entsprechend günstigen oder ungünstigen Markt-, Macht- und Einkommenschancen gewesen. Die Entstehung der Einzelberufe läßt sich somit im Prinzip als labiles, prinzipiell veränderbares Resultat historischer Interessenauseinandersetzungen um mehr oder weniger günstige 'Kompetenzschneidungen' erklären."[14]

Was bei einem Versuch, diesen Ansatz auf den medizinisch-psychiatrischen Sektor zuzuschneiden, zu berücksichtigen wäre, bleibt einer gesonderten, systematischen Studie vorbehalten. Hier ist mit einigen Stichworten nur soviel anzudeuten: zum einen ist das 'Produkt' der Psychiatrie außerordentlich vielschichtig und einem ständigen Wandel ausgesetzt; es ist nur provisorisch abgrenzbar und eingeschränkt registrier-

fähig; unser Thema erfaßt mit der Entstehung der 'epileptischen Wesensänderung' in systematischer Weise nur einen kleinen Teil der psychiatrischen Theoriebildung, die ihrerseits nur einen Ausschnitt aus den Tätigkeitsbereichen der psychiatrischen Profession darstellt; das Produkt 'wissenschaftliche Theorie' ist prinzipiell andersartigen Herstellungs- und Verbreitungsbedingungen unterworfen als sonstige ideelle, oder gar materielle Produkte. Zum anderen spielte sich der Kampf der Psychiatrie um einen eigenständigen Platz an mehreren Fronten ab: im Rahmen des bestehenden medizinischen Fächerkanons, gegenüber anderen, z.T. geläufigen Disziplinen, wie der Philosophie[15], z.T. fremdartigen, wie der Justiz; im letzten Drittel des Jahrhunderts, als die Psychiatrie noch dabei war, ihr Selbstverständnis bis ins Detail auf eine naturwissenschaftliche Grundlage zu stellen und sich dadurch auch in den Besitz einer neuen Schwungscheibe für ihre Professionalisierungsziele bringen konnte, sah sie sich in diesem disziplinären Wettstreit sozusagen von ihrer 'hübscheren Schwester', der rasch aufstrebenden Neurologie, herausgefordert, die ihr durch Kompetenzschneidung z.T. aus den eigenen Reihen zugewachsen war; und ungefähr seit der Jahrhundertwende war es die Psychoanalyse[16], die ihr in mancherlei Hinsicht konkurrierendes Paradigma vorantrieb, was auf längere Sicht naturgemäß auch auf Kosten psychiatrischer Positionen gehen mußte; schließlich wären die internen Folgen einzelner Etappen der Berufsschneidung, deren Uneinheitlichkeit natürlich nicht nur den Ort betraf, sondern auch die Zeit und die Handlung, zu berücksichtigen, wie z.B. die Abdrängung einer klassischen psychiatrischen Bastion, der Anstalt, durch die Universitätspsychiatrie[17], die infolge des universitären Raumgewinns die Überhand gewann, und die dadurch bedingten Umwälzungen der gesamten Gestalt der Psychiatrie.

Diese knappe Skizze schon läßt erkennen, daß die Psychiatrie-Geschichte auch eine wechselvolle und konfliktgeladene Geschichte der Berufs- bzw. Kompetenzschneidungen ist, in denen sich prinzipiell "vorläufige Zwischenresultate in einem weitgespannten historischen Wandlungsprozeß"[18] ausdrücken. Sie konstituierten eine eigene Ebene disziplinärer Lernprozesse und ließen sie in eine noch nicht genauer bestimmbare, fließende Beziehung zu den Lern- bzw. Veränderungsprozessen im Rahmen der wissenschaftlichen Erkenntnis treten. Von der sich hier abzeichnenden Tragweite her betrachtet, ist der Prozeß der sozialen Konstitution der Psychiatrie als Profession zu den vordringlichen Forschungsdesiderata zu rechnen. In der Rekonstruktion seiner einzelnen Schritte könnten durchaus entscheidende Bindeglieder zwischen den Entwicklungsdimensionen der Theorie, der Institution und des Umgangs an den Tag kommen.

Der Erkenntniswert dieser Perspektive läßt sich an Hand einer frühen berufspolitischen Episode illustrieren, in der sich die Psychiatrie in eine heftige Auseinandersetzung mit der juristischen Macht verwikkelte. Der unmittelbare Schauplatz dieser Auseinandersetzung befand sich in Frankreich, strahlte jedoch unverkennbar auf die deutsche Entwicklung aus. Einem Ausläufer des Konflikts sind wir in Gestalt der Kontroverse um die Zurechnungsfähigkeit von Epileptikern schon begegnet, in der sich um das Jahr 1830 eine restriktive Haltung durchsetzte.

Für eine junge Disziplin, wie sie die Psychiatrie zu Beginn des vorigen Jahrhunderts auch in Frankreich darstellte (die deutsche Entwicklung hinkte demgegenüber in den meisten Bereichen um Jahrzehnte nach), erst dabei, allmählich ein institutionalisiertes System aus theoretischer Kompetenz und praktischen Handlungsmustern herauszubilden, aus einem eigenständigen

Tätigkeitsbereich, einer Fachsprache, kollegialen Zusammenschlüssen, Fachzeitschriften, Buchpublikationen etc., ist davon auszugehen, daß sie noch wenig Erfahrungen gesammelt hatte über die Gegebenheiten und Erfordernisse im Zusammenhang mit der Berufs- bzw. Kompetenzschneidung. Kollektive Strategien waren wohl allenfalls in Ansätzen vorhanden, sodaß es sich bei Vorstößen oft um zufällige, kaum koordinierte und schlecht durchdachte Aktionen einzelner oder weniger gehandelt haben dürfte; dabei konnten Fehleinschätzungen und Rückschläge natürlich nicht ausbleiben.

Auf der theoretischen Ebene entzündete sich die Auseinandersetzung zwischen der juristischen und psychiatrischen Disziplin am Konzept der Monomanie. Tatsächlich ging es jedoch auch um den psychiatrischen Versuch, mit Hilfe dieser Theorie in den Kompetenzbereich der Justiz einzubrechen und um die juristischen Gegenmaßnahmen. Zwei Auffassungen des Wahnsinns prallten aufeinander: seine herkömmliche Bestimmung stützte sich primär auf Anzeichen eines 'délire', d.h. einer Verstandesverwirrtheit, die offen erkennbar war, weil sie die gesamte Person erfaßt hatte. Dieser Bestimmung entgingen Störungen des Wollens und Fühlens, wenn sie als partielle Verrücktheit die Bereiche des Denkens und Vorstellens unberührt ließen. Pinel hatte 1801 eine Bezeichnung eingeführt, die der Psychiatrie den Weg vorzeichnete, auf dem sie diese Begrenzung ihrer theoretischen und praktischen Optionen überwinden konnte. Dieses Konzept des Wahnsinns ohne Verstandesverwirrtheit ('manie sans délire') war jedoch offenbar noch so wenig nachvollziehbar, daß es kaum beachtet wurde. 1819 bzw. 1827 konzipierte Esquirol unter Bezugnahme auf J.Chr.Hoffbauer die Lehre von der Monomanie[19], die im Gegensatz zur Manie nur auf einen spezifischen Teilbereich des Handelns oder der Verstandestätigkeit abzielte; ihre Ursachen sah Esquirol

in Störungen des Gemüts: in übersteigerten Leidenschaften, starken Eindrücken, übermächtigen Neigungen. Seine politische Brisanz erlangte das Konzept durch seine Anwendungsmöglichkeit in strafrechtlichen Verfahren. Mit ihm erweiterte sich im Grenzbereich der Zurechnungsfähigkeit, besonders in Fällen, wo einerseits die klassischen Merkmale des Wahnsinns fehlten und andererseits unter Gesichtspunkten der Vernunft - ihr Nachweis galt als Begründung der Schuldfähigkeit - die Tat keinen Sinn, kein plausibles Motiv erkennen ließ, das Instrumentarium der Verteidiger bzw. psychiatrischen Gutachter, um Angeklagte mit Hilfe einer irrenärztlichen Diagnose dem Urteilsspruch und seiner Vollstreckung (Haft- oder Todesstrafe) zu entziehen. Bisher waren als Exkulpationsgründe nur der traditionell gefaßte Wahnsinn und äußerer Zwang vorgesehen; dem sollte nun ein neuer Typ inneren Zwangs hinzugefügt werden.

Tatsächlich spielte die Monomanie bald eine bedeutsame Rolle vor Gericht, obwohl sie auch in psychiatrischen Kreisen nicht unumstritten war. Die Verteidiger beriefen sich gerade in aussichtslosen Fällen auf sie; die Auftritte der Gutachter erhielten durch die potentielle Abwendung der Todesstrafe eine neue Dramatik. Die meisten Richter erblickten in der Monomanie einen einzigen Frevel, einen verbalen Winkelzug, der sie düpierte, der das Strafverfahren auf den Kopf stellte oder zu einer Farce machte, der Mörder in Monomane umtaufte und ihrer gerechten Strafe entgehen ließ, mit dem sich die Psychiater auf Kosten der Justiz profilieren wollten, der im Grunde unter dem Vorwand der Humanität die Prinzipien der Gerechtigkeit außer Kraft setzte. Demgegenüber machten es sich die Juristen zur Pflicht, an der klassischen Definition des Wahnsinns festzuhalten und im Strafverfahren den Status quo ante wiederherzustellen. "Die mordsüchtige Monomanie kann der Richter nicht anneh-

men. Selbst wenn dieser Zustand in der Natur vorhanden wäre, so gilt derselbe in juristischer Hinsicht doch so viel, als wenn er nicht da wäre."[20]
Dies war eine der Schlußfolgerungen des Pariser Rechtsanwalts Elias Regnault, als er 1828 den geballten Unmut seiner Disziplin zum Ausdruck brachte; seine Kampfschrift trug im Original den bezeichnenden Titel: Du degré de compétence des médecins dans les questions judiciaires, relatives aux aliénations mentales et des théories physiologiques sur la monomanie. Und Regnault fuhr fort:

> "Denn 1) besteht die Verstandes-Verwirrtheit in mehrern irrigen Vorstellungen, und dann ist sie keine Monomanie; 2) oder sie besteht in einer einzigen Idee, welche dem Morde vorherging, und dann ist es keine mordsüchtige Monomanie, weil der Gedanke an den Mord nur die Folge eines schon vorher dagewesenen Wahns ist; der Gedanke an den Mord macht hier nicht die Krankheit aus, er ist nur ein Symptom und eine Folge derselben; 3) oder die Verstandes-Verwirrtheit offenbart sich nur durch die Mordthat selbst, mögen nun die frühern irrigen Vorstellungen uns verborgen, oder mögen gar da keine gewesen sein; dann befindet der Richter sich dem Mörder gegenüber, fern von jedem Beweise, welchen diesen entschuldigen könnte, in der unumgänglichen Nothwendigkeit, denselben zu verurtheilen; denn er richtet nur nach dem, was ausgemacht ist, und nochmal wiederhole ich's, es ist gegen alle Logik, die anklagende That selbst zum Beweise der Schuldlosigkeit zu gebrauchen." (S.70/71)

Im Ton abwechselnd schönfärberisch und von kalter Schärfe, in der Sache von stechender Präzision und Unversöhnlichkeit bestimmt, griff er zielstrebig beide Ebenen der Kompetenzschneidung auf: die Monomanie als wissenschaftliches Konzept und als Instrument zur Ausweitung des irrenärztlichen Interventionsraumes vor Gericht. Und Regnault attackierte seinerseits, indem er die gutachterliche Rolle der Irrenärzte vor Gericht schlechthin in Zweifel zog.

Schon im Vorwort demonstrierte er seine Entschlossenheit, den psychiatrischen Vorstoß zu parieren; zugleich spendete er den Ärzten Trost wegen der entgan-

genen Beute und verwies sie auf die Möglichkeiten ihrer eigenen Domäne:

> "Sehr wünschte ich, daß die Aerzte in meinem Antrage gegen ihre amtliche Dazwischenkunft bei den gerichtlichen Verhandlungen über Irre nur den Ausspruch meiner innerlichen Ueberzeugung sehen möchten. Ich stehe mit ihnen in einem zu innigen Verhältnisse, als daß ich ihnen etwas, das ihnen von Rechtswegen zukäme, zu entreißen geneigt sein könnte. Es bleibt ihnen ja noch eine reiche Erndte von Ruhm in den andern Zweigen ihrer wichtigen Wissenschaft übrig. Und dieser Ruhm ist so schön, daß sie sich damit, ohne große Anstrengungen ihrer Bescheidenheit, wohl begnügen können." (S.VI)

Wie anders dagegen die ätzende Polemik, mit der Regnault sein Pamphlet schloß:

> "Schätzen wir also diese neue Gattung von Scheinheiligkeit, die nicht an das Böse glauben will, bloß weil es etwas Außerordentliches ist, nach ihrer wahren Bedeutung. Weisen wir diese Höflinge der Menschheit zurück, welche diese zu ehren behaupten, indem sie aus dem Verbrechen eine Krankheit und aus dem Mörder einen Irren machen. Um Nachsicht ansuchen für das Laster, für das Verbrechen, zu denen moralische Trägheit führt, das heißt die Kraft verkennen, deren der tugendhafte Mensch bedurfte, das heißt ihn des Ruhmes berauben, den er verdient hat." (S.138)

An Hand zahlreicher, sich widersprechender Aussagen berühmter Irrenärzte über den Sitz des Wahnsinns, stellte er eine spezifische irrenkundliche Sachverständigkeit der Psychiatrie in Abrede, in der allein sich ihre Gutachter-Rolle rechtfertige. "Hier haben wir gewiß Widersprüche genug, um die besondere Entscheidungsfähigkeit der Ärzte zu verwerfen." (S.7) Auch in ihren gerichtsärztlichen Untersuchungen hätten die Psychiater "stets Zweifel statt Gewißheit, Wahrscheinlichkeit statt Wahrheit dargebracht." (S.11) Man könne sie freilich

> "nicht beschuldigen, daß sie in dem Streben zur Entdeckung der Wahrheit müßig gewesen seien. Ihr einziger Fehler besteht darin, daß sie die Unzulänglichkeit ihrer Einsichten verkennen. Ich mußte auf diesen Punkt (die Bewertung der psychiatrischen Sachverständigkeit, d. Verf.) ein großes Ge-

> wicht legen, weil sie mich wahrscheinlich über meinen Beruf, über psychische Krankheiten zu sprechen, zur Rede stellen werden. Meine Antwort aber ist diese: Um in diesem Zweige des menschlichen Wissens bis zum Gipfel der jetzigen Erkenntnis zu gelangen, bedarf es nur des gesunden Menschenverstandes." (S.11/12)

Ein schlagendes Beispiel des irrenärztlichen Kenntnisstandes sah er schließlich in der Monomanie; schon begrifflich widerlege sie sich selbst.

> "Wie soll man sich eine Manie ohne Verstandesverwirrtheit erklären, da die Verwirrtheit das einzige offenbare Merkmale der Manie ist? Wie sich einen Begriff von einem vernünftelnden Irresein machen, da das Irresein gerade durch das Fehlen der Vernunft bedingt ist? Dieses seltsam mißbräuchliche Verfahren gibt einen hinreichenden Beweis von der Dunkelheit der Ideen und der Ungewißheit der Begriffe in diesem Zweige der Heilkunde." (S.13)

Esquirol sei bei der Monomanie einer Verwechslung der Verwirrtheit im Zustande der Leidenschaften mit der der psychischen Krankheit zum Opfer gefallen. "Nach diesem Systeme würde jede Schwäche, jede Grille, jedes Laster zur Monomanie." (S.14) Es bedeute nicht erst einen Mißbrauch

> "unsrer Zeit, daß man Schwäche, Grillen, Gelüste mit dem Namen Manie bezeichnet; Melomanie, Metromanie, Bibliomanie sind Worte, die schon seit langer Zeit eingeführt sind; allein seit wenigen Jahren erst hat man daran gedacht, aus jedem Menschen, der leidenschaftlich Musik, Poesie oder Bücher liebt, einen Irren zu machen. Der Fehlgriff der Aerzte rührt daher, daß sie das Wort Manie, so wie man sich desselben im gewöhnlichen Ausdruck bedient, mit dem wissenschaftlichen Ausdrucke verwechselten. Spricht man von einer Melomanie, so faßt der Geist sogleich den Sinn dieses Wortes auf; spricht man aber von einer musikalischen Monomanie, so wird der, welcher mit der wissenschaftlichen Klassification nicht bekannt ist, glauben, man wolle damit eine schreckliche Verstandes-Verwirrung bezeichnen. Jede Wissenschaft sollte nur dann neue Wörter bilden, wenn ihr welche fehlen, und dann sollte man ganz neue wählen, ohne sich solcher Worte zu bedienen, die schon einen andern Sinn haben.
> ...
> Die nothwendige Folge dieser neuen Schöpfungen ist

> nun, daß jeder Mensch, der irgend einen Hang, irgend ein Gelüste, endlich irgend eine Manie hat, von jedem Verbrechen, das er begehn könnte, freigesprochen werden muß. Bei dieser Ansicht würde es zuletzt unmöglich, einen einzigen Verbrecher aufzufinden. Jeder hat sein Steckenpferd (every one has his hobby-horse). Das ist die ganze Geschichte der Monomanie." (S.16/17)

Nur zwei Jahre nach dem Erscheinen des Originals kam auf Veranlassung von F.Nasse eine deutsche Fassung mit einem von ihm verfaßten Anhang heraus. Für die deutschen Verhältnisse ist zu berücksichtigen, daß einmal die Entwicklung hier noch beträchtlich hinter dem in Frankreich erreichten Stand zurück war. Die deutschen Irrenärzte verfügten ganz und garnicht über die Voraussetzungen, um Konflikte derartigen Ausmaßes durchstehen zu können. Sie waren vielmehr damit beschäftigt, den geringen Stand einigermaßen zu behaupten und vorsichtig auszubauen. Zum zweiten ist zu beachten, daß die Kontroverse im Anschluß an den Kompetenzschneidungsversuch Kants[21] auch eine eingehendere, z.T. besorgniserregende Betrachtung der gerichtsärztlichen Eignung von Psychiatern mit sich gebracht hatte, und sich noch in guter Erinnerung befand. Nasses Anhang[22] läßt erkennen, daß der Monomanie-Streit den deutschen Irrenärzten höchst ungelegen kam. Sein Bestreben ging offensichtlich dahin, durch schnelles Handeln den Schaden möglichst gering zu halten, indem er seinen Kollegen eine Orientierungshilfe in diesem verwirrenden Konflikt vermittelte, die sie vor unklugen Aktionen bewahren sollte, z.B. für die französischen Kollegen oder gar die Monomanie Stellung zu beziehen. Wohlwissend, daß in Deutschland die erreichte gutachterliche Rolle vor Gericht in Gefahr geraten könnte, wenn sich die Irrenärzte nicht auf eine verteidigungsfähige Position hinter der Monomanie zurückziehen würden, akzeptierte er diesen Teil der Kritik Regnaults demonstrativ, um auf der forensischen Kompetenz seiner Disziplin umso eher beharren zu können.

"Was ... unsers Verfassers Verwerfung des Ausdrucks

Monomanie, so wie seine Forderung betrifft, daß jedem Zustande, den man als einen irren mit diesem Namen bezeichnen wolle, auch die wesentlichen Merkmale des Irrseins eigen seien, daß für heftige Begierden, für tobende Affekte, für eingewurzelte böse Neigungen unter diesem Namen keine Entschuldigung gesucht und zugestanden werde, so wird sich dem allem schwerlich etwas Gründliches entgegen setzen lassen. Ist doch zu zweifeln, ob ein Ausdruck für das, was er bezeichnen soll, verkehrter sein kann, als jener abentheuerliche, bei welchem man, der Ableitung desselben folgend, nicht weiß, ob damit eine Manie, die einzig und allein Manie ist, oder eine, welche immer dieselbe bleibt, oder eine der Mönche gemeint ist. Hoffentlich geben unsers Verfassers Erörterungen unseren ärztlichen Landsleuten, welche jenen von Esquirol aufgebrachten Ausdruck und die willkührliche Deutung desselben angenommen haben, Veranlassung zu erneuter Erwägung einer vielleicht zu willigen, jetzt falsche Lehren verbreitenden Annahme." (S.169/70)

Damit gab er Regnault auch Recht, als dieser auf der traditionellen Definition des Wahnsinns insistierte. Die neuen Bestimmungsmomente seien "sowohl ohne festen Grund als ohne Anwendbarkeit in der Praxis". (S.167)

Nasses Ausführungen war von einer defensiven, beschwichtigenden Grundhaltung bestimmt; seine Bestandsaufnahme des eigenen Fachs fiel außerordentlich schonungslos aus:

"Unumwunden sei ... den Gegnern der Aerzte zugestanden, daß unter den von Seiten dieser über die forensische Beurtheilung psychischer Zustände aufgestellten Grundsätzen welche sind, die sich nicht vertheidigen lassen, so wie daß gerichtsärztliche Gutachten in Schriften vorliegen, die auf gar seichten Gründen ruhen. Welcher Besonnene mag beistimmen, ..., wenn nach willkührlich gestellten Definitionen von Vernunft und Freiheit die Grenzen von Verbrechen und Irrsein ebenfalls nach Gutdünken bestimmt werden, wenn das ärztliche Urtheil so unsicher ist, daß über denselben Fall einander direct entgegengesetzte ärztliche Aeusserungen sich öffentlich die Spitze bieten, wenn die Kenntniß mancher Aerzte von psychischen Krankheiten und deren forensischer Bedeutung so dürftig ist, daß selbst die Genossen desselben Standes in Schriften über die willkürlichen Deutungen, beweislosen Aussprüche und in die Jurisprudenz pfuschenden Abschweifungen der ihnen zur Beurtheilung vorgeleg-

ten Gutachten Beschwerde führen!" (S.142/43)

Als Rechtfertigung der gutachterlichen Kompetenz von Irrenärzten verblieb schließlich das Argument, daß zur Diagnose des Wahnsinns auch die Kenntnis körperlicher Krankheitserscheinungen erforderlich sei. Dementsprechend dürfe die Erkenntnis nicht nur psychologisch ausgerichtet sein, wie bei Richtern und Philosophen; vielmehr müsse sie in umfassender Weise anthropologisch fundiert sein, und sei als solche prinzipiell den Ärzten vorbehalten.

Es kam Nasse darauf an, daß sich die deutschen Irrenärzte und Juristen nicht von dieser unseligen Konfrontation anstecken ließen und an der einvernehmlichen Regelung ihrer Zuständigkeitsbereiche festhielten. Vor allen Dingen mußte sich die gerichtliche Psychiatrie als wissenschaftliche Disziplin verstärkt konsolidieren, oder wie Nasse sich ausdrückte, "sich andauernd als wohlthätig bewähren" (S.139), wenn sie verdienen solle, erhalten zu werden. Zugleich war die Monomanie eine Art von Lehrstück, das den deutschen Irrenärzten unmißverständlich vor Augen führte, daß sich die weitere Professionalisierung der forensischen Psychiatrie nicht gegen die juristische Disziplin bewerkstelligen lassen würde, sondern (in wichtigen Fragen) nur im Einvernehmen mit ihr. Erst unter diesen beiden Voraussetzungen konnte es der forensischen Psychiatrie gelingen, ihre Aufgabe als temporärer Schrittmacher für die Professionalisierung der gesamten Disziplin zu erfüllen. Denn bevor die Irrenärzte endgültig zu Experten für den gesamten Wahnsinn werden konnten, mußten sie sich als Experten des Wahnsinns von Straftätern bewähren.

Die französischen Irrenärzte waren selbstbewußt genug, sich nicht von der juristischen Gegenoffensive einschüchtern zu lassen. R.Castel weist darauf hin, daß sie bei mehreren Anlässen, z.B. im Fall Rivière[23],

regelrecht als 'pressure group' zugunsten einer bestimmten Entscheidung intervenierten und dabei ihre Fachkompetenz demonstrierten. Sie arbeiteten weiter am Konzept der Monomanie (Georget, Marc); das Schicksal des Begiffs selbst war, so Castel weiter, von den fünfziger Jahren an endgültig unstet und flüchtig. Worauf es eigentlich angekommen sei, drücke sich in einer Strategie aus, "die sich auf ein approximatives Wissen stützt, es ausarbeitet und weitgehend transformiert, um es ihren Erfordernissen - der Schaffung einer Interventionszone an den Rändern des Justizapparates - anzupassen."[24]

In Deutschland wurde hingegen die Monomanie auch weiterhin verworfen. W.Griesinger nannte 1845 Pinels 'manie sans délire' ein "Unglück der Wissenschaft"[25], und plädierte dafür, "den dunkeln, die Neugierde der Rechtsgelehrten und sonstigen Laien herausfordernden Namen ganz fallen zu lassen." Die Lehre von den Monomanien sei "für die Wissenschaft wie für deren praktische Anwendung gleich gefährlich", und habe nur dazu gedient, "das ärztliche Urteil mit Recht bei den Richtern in Verruf zu bringen."

Die vergleichbare argumentative Logik der damaligen Fassung des 'epileptischen Charakters' machte ihn, parallel zur Monomanie, in den dreißiger und vierziger Jahren offenbar zu einer belasteten Kategorie in der deutschen Psychiatrie. Tatsächlich tauchte er, wie wir gesehen haben, mit Ausnahme von B.Brach erst wieder 1855 im Rahmen der allgemeinen Psychiatrie auf, um in den sechziger Jahren seinen definitiven Aufstieg zu beginnen, nun von Frankreich ausgehend, mit der Schubkraft der neuen Degenerationstheorie von Morel versehen, und endgültig aus der unmittelbaren Verknüpfung mit den Problemen der Unzurechnungsfähigkeit gelöst.

Mit einem Theorie-Rahmen ausgestattet, der die

Phänomene einer 'partiellen Verrücktheit' einschloß und durch ein ätiologisches Deutungsschema eine fortgeschrittene wissenschaftliche Kompetenz ausstrahlte, drängte die überfällige Neubestimmung des Wahnsinns auch in Deutschland zum Durchbruch. Längst hatte sich gezeigt, daß in den Projekten von anstaltlicher und universitärer Expansion, sowie der Adaptation von naturwissenschaftlichen Denk- und Verfahrensweisen, aussichtsreichere Schrittmacher der Professionalisierung und Verwissenschaftlichung angelegt waren, die auf erweitertem Niveau neue Entwicklungsmöglichkeiten erschlossen; eine Perspektive, deren Realisierung freilich die Revision beengender Konzepte voraussetzte.

8 AUSBLICK: STATIONEN DES BEDEUTUNGSVERLUSTES DER 'EPILEPTISCHEN WESENSÄNDERUNG'

In den vergangenen Jahrzehnten war die 'epileptische Wesensänderung' einem fortschreitenden Erosionsprozeß ausgesetzt. Je mehr der Hereditätsgedanke seine dominierende Rolle im psychiatrischen Denken einbüßte und psychoanalytisch sowie soziologisch beeinflußte Theoreme an Boden gewannen, desto mehr kam der 'epileptischen Wesensänderung' ihre einstige, scheinbare Kohärenz abhanden. In der Tat ist ihre aktuelle Bedeutung vorwiegend psychiatriegeschichtlich bestimmt, denn bei aller Zurückhaltung läßt sich die These wagen, daß die Geschichte der 'epileptischen Wesensänderung' mehr über die Voraussetzungen und Umstände psychiatrischer Theoriebildung während der betreffenen Zeitabschnitte erkennen läßt, als über die Psychopathien von Epileptikern. Merkwürdig abwesend erscheinen die nominellen Protagonisten in den ihnen geltenden Theoriepassagen resp. Studien. Gerade in diesem Punkt unterscheiden sich, z.T. in programmatischer Absicht, einige Beiträge, die überwiegend in den zwanziger und fünfziger Jahren entstanden sind und eine gegenläufige, die Bedeutung des Konstrukts einschränkende Entwicklung begründet haben; eine Entwicklung, die uns die 'epileptische Wesensänderung' heute zunehmend obsolet erscheinen läßt. Was sollte an die Stelle des Konstrukts treten? Welche kritischen Einwände trugen dazu bei, es (mit einer zeitlichen Verzögerung) ins Wanken zu bringen, nachdem es sich bis in die zwanziger und dreißiger Jahre hinein durch einen ungewöhnlich hohen Grad an disziplinärer Übereinstimmung auszeichnete, ja zeitweise das bedeutsamste nicht-kontroverse Band darstellte, das die in sich unklare 'genuine' Epilepsie zusammenhielt?

Dazu braucht der fortschreitende Bedeutungsverlust des Konstrukts nicht mehr im Detail verfolgt zu werden; einige der dabei maßgeblichen Arbeiten kamen in der Einleitung zur Sprache. Seine Anfänge fielen in die zwanziger Jahre; die Beiträge von Krisch und Muskens wurden schon erwähnt. Krisch (1922 bzw. 1926) diskutierte den 'epileptischen Charakter' in Zusammenhang mit dem sog. Epileptoid und faßte seine Einwände in einen Vergleich: wenn man einen 'epileptischen Charakter' im Bereich der Norm postulieren wolle, so sei das für ihn ebenso unmöglich, als wenn man die egozentrische Einengung des Greises ins Normale verdünnen und den normalen Egoisten presbyothym nennen würde, oder als wenn man den Stupor über die Hemmung in die Trägheit verdünne.

Muskens wies 1926 darauf hin, daß die üblicherweise aufgezählten Charakterzüge sich bei sorgfältiger Aufzeichnung der Anfallserscheinungen als prodromale Symptome entpuppten; er verneinte, daß man Epileptiker am Charakter erkennen könne. Es sei jedoch kein Wunder, daß der Charakter von Epileptikern unter dem Einfluß der Krankheit Änderungen erfahre.

Zwei Jahre später publizierte J.Notkin[1] seine Überlegungen und Untersuchungsergebnisse zu der Frage, ob ein bestimmter epileptischer Persönlichkeitstyp existiere, wie in der deutschen Psychiatrie behauptet werde. Die Persönlichkeitsmerkmale engte er ein auf 'Egozentrizität', 'Übersensitivität', 'Irritabilität', 'emotionale Verarmung' und 'Starrsinn' (stiffness of mentation). Von den untersuchten 150 hospitalisierten, nichtpsychotischen Epilepsiekranken entsprachen 16% diesem Persönlichkeitstyp. Bei der Differenzierung nach dem Anfallsbeginn stellte sich heraus, daß in dieser Gruppe ein früher Anfallsbeginn (vor dem 12. Lebensjahr) dominierte; dem stand eine Gruppe (37%) gegenüber, die eine unauffällige Persönlichkeitsstruktur und einen Anfallsbeginn nach

dem 12. Lebensjahr aufwiesen. Dazwischen befanden sich einige heterogene Untergruppen mit anderen Persönlichkeitsmerkmalen und späterem Anfallsbeginn. Notkin schloß daraus auf eine Variabilität des Persönlichkeitstyps von Epileptikern. Wenn die sog. epileptoiden Züge überhaupt aufträten, dann ohne Spezifität und in Abhängigkeit von den individualbiographischen Gegebenheiten. Deshalb sei es unberechtigt, von einer spezifischen 'epileptischen Persönlichkeit' zu sprechen.

Eine ganz andere Richtung verfolgte eine Studie von Victor von Weizsäcker, die er im Rahmen des Kapitels über 'Epileptische Erkrankungen, Organneurosen des Nervensystems und allgemeine Neurosenlehre' entworfen hatte, das für die letzte, 1929 erschienene Auflage des Mehringschen Lehrbuchs der Inneren Medizin gedacht war. Der betreffende Abschnitt kam jedoch nicht zur Veröffentlichung, weil L. von Krehl, der Weizsäcker das Kapitel übertragen hatte, ihn zwang, "eine eingehendere Darstellung der psychoanalytischen Deutung"[2] von Neurosen und Organneurosen zu streichen; zu den Organneurosen rechnete er auch die epileptischen Erkrankungen. Eine zeitgenössische Wirkungsgeschichte konnte der Text also nicht entfalten; von Dieter Janz mit Kommentaren versehen, wurde er erst 1966 in Auszügen veröffentlicht.[3] Daß er, 1929 publiziert, in psychiatrischen Fachkreisen zur Kenntnis genommen worden wäre, oder gar die Theorieentwicklung hätte beeinflussen können, läßt sich mit großer Sicherheit ausschließen. Da Weizsäcker, unter den Angehörigen der Schulmedizin damit fast alleinstehend, schon Mitte der zwanziger Jahre seine Sympathie für die Psychoanalyse offen zum Ausdruck gebracht hatte, und nach eigenen Wegen suchte, somatische und psychische Krankheitserscheinungen als Ausdruck eines Geschehens zu fassen, war er in der Inneren Medizin und Neurologie in eine Außenseiterrolle abgedrängt worden, ganz zu schweigen von der Bewertung seines

Denkens in der damaligen Psychiatrie. Erst in den fünfziger Jahren wären seine Überlegungen wohl wieder auf fruchtbaren Boden gefallen; für Bräutigam, Hoff, Strotzka u.a. hätte, wie leicht vorstellbar ist, der Text Weizsäckers wertvolle Anregungen bieten können.

Bereits in den Bemerkungen über seinen Umgang mit Epilepsiekranken zeigte sich seine andere Herangehensweise. Ausgangspunkt war nicht ihr 'Wesen', wie sonst in der Psychiatrie üblich, sondern ihr Verhalten, als einem vorläufigen, äußeren Erscheinungsbild, dem er sich erkennbar mit Geduld, Achtung und Einfühlungsvermögen zuzuwenden versuchte. Hieß es sonst in eindeutiger und endgültiger Weise: "Der Epileptiker ist ...", so formulierte Weizsäcker:

> "Der Kranke scheint langsam im Gedankenablauf, umständlich in der Auseinandersetzung, pedantisch in der Formulierung ... Ja er wird sich leicht als mürrisch, unnahbar, reizbar ... erweisen. Auf der andern Seite kann er den Eindruck einer zu großen Sentimentalität und Geziertheit machen, er erscheint als ein manierierter Mensch ..." (S.17)

Anders als z.B. Notkin, der unter amerikanischen Verhältnissen keine Anhaltspunkte für einen bestimmten Persönlichkeitstyp von Epileptikern gefunden hatte, begegnete der Epilepsiekranke Weizsäcker "als ein Mensch von ausgeprägter Art und hier erinnert er uns sofort an seinesgleichen." (S.17) Wer jedoch,

> "statt auf diese Kranken bloß zu reagieren und so zu seinen Begriffen zu kommen, sich ihnen rein aufnehmend hingibt und mit ihren Augen sieht, entdeckt, daß recht vieles auch bei ihnen nicht Eigenschaft, sondern Reaktion eines Kranken ist, Antwort seiner Artung auf eine Umwelt, die er so wenig sich zuzubilden vermag, wie wir ihn zu assimilieren imstande sind." (S.18)

Dann erscheine er

> "nicht umständlich und leer, sondern einfach und geschlossen, nicht eigensinnig, sondern tiefsinnig, nicht moralisch und religiös oberflächlich, sondern ernst, verpflichtet und entschieden in den letzten Dingen, über welche die Mehrzahl der 'Nor-

> malen' sich mit Kompromissen und mit Augenblickslösungen hinwegsetzen. ...statt der Starrheit und der Beschränktheit sehen wir jetzt einen Menschen, der in der Einfalt ungewöhnlich empfindsam und verletzlich ist ... Seine Unfähigkeit zur Anpassung kann jetzt als Charakter imponieren und einige seiner unerfreulichen und ihn 'schwierig' machenden Eigenschaften als Nothilfen in der Selbstverteidigung und Bewahrung eigenen Wertes." (S.18)

Das Neuartige an Weizsäckers Sicht war, daß er den Epileptiker gedanklich nicht aus seiner Biographie und seiner Umgebung herauslöste, um ihn zu betrachten, sei es im Verhältnis zum Arzt, zum psychiatrischen Forscher oder zu den Menschen seiner unmittelbaren Umgebung. Darin ist eine methodische Konsequenz seiner anthropologischen Ausrichtung zu sehen, die eine Abkehr von der Anwendung naturwissenschaftlich 'objektivierbarer' Forschungsansätze auf den Menschen einschloß. Über den Epilepsie-Bereich hinausweisend, hat es auch heute die Qualität eines epochalen Gedankens, wenn Weizsäcker fast beiläufig, als habe er die Auswirkungen auf eine langjährige psychiatrische Theorietradition, ja auf die psychiatrischen Sehgewohnheiten selbst, nicht aussprechen wollen, die Notwendigkeit benannte, daß das Charakterbild des Epileptikers

> "nicht nur von unserer primitiven und nur angeblich 'objektiven' Reaktion auf ihn, sondern ebenso von seiner ebenso primitiven Reaktion auf uns her erkannt werden (muß). Wir müssen begreifen, daß dieser 'epileptische Charakter' der neueren Klinik ein ebenso vom Charakter des Untersuchers her bestimmtes Produkt ist. Und ähnlich haben die Schulbegriffe der voranalytischen Psychologie und die daraus entstandenen Untersuchungsmethoden die Auffassung der Epileptiker eher verengt als erweitert." (S.18)

Auch im Hinblick auf die therapeutischen Vorstellungen kam Weizsäcker zu anderen Ergebnissen. Janz berichtet weiter aus dem Text, daß es

> "die Schwierigkeit des Epileptikers ausmache, 'für eine unwissende und erschreckte oder lieblose Umgebung gezeichnet' zu sein, selbst deren Verdikt der 'Minderwertigkeit' zu übernehmen, durch die

> Anfälle auch objektiv stets in Gefahr zu geraten, daß seine Zukunft ungewiß und hoffnungslos werde, weil er keine Arbeit und keine Anstellung mehr bekomme und daraus Konflikte und Not entstehen. Man müsse ihn meistens gegen die übertriebene und in absurder Weise systematische Ängstlichkeit und Bevormundung besonders seiner Eltern schützen, Spiel, Vergnügen und vor allem Berufsarbeit, Diskretion und Gleichstellung mit anderen Menschen energisch durchsetzen, da sonst Anfallangst und vermeidbare neurotische und auch hysterische Reaktionen und Überbauten die Folge seien. Daher auch das Verhältnis zur Umwelt so human und natürlich wie möglich und auf maximale Ausnutzung seiner sozialen, beruflichen, menschlichen Lebensfähigkeit hin gestaltet werden solle. 'Aufklärung seiner Umgebung kann so der wichtigere und schwierigere Teil der Behandlung werden.'" (S.19)

Unter derartigen Verhältnissen mußte sich die Richtigkeit dieser Überlegungen an einer Veränderung des typischen 'Charakterbildes' von Epileptikern, einer allgemeinen Abschwächung der Anfallskrankheit und ihrer Folgen erkennen lassen. "Es ist noch nicht erwiesen, aber auch nicht zu widerlegen, daß das Einsetzen einer sehr frühzeitigen psychischen Behandlung den Verlauf der Krankheit und die Charaktergestaltung des Kranken entscheidend beeinflussen kann."[4]

Wie bedeutsam die Kenntnis des Weizsäckerschen Textes für die Theoriebildung in den fünfziger Jahrren hätte sein können, zeigte sich an einem 1951 erschienenen Aufsatz von Walther Bräutigam mit dem Titel 'Zur epileptischen Wesensänderung'. Bräutigams Kritik setzte nicht prinzipiell an, sondern bemängelte, daß "eine Ordnung, eine Wertigkeit und innere Beziehung der Wesensmerkmale"[5] bisher nicht beschrieben sei. Sein Ziel bestand darin, die heterogenen Merkmale in einen Sinn-Zusammenhang einzuordnen. Mit Hilfe eines psychoanalytischen Instrumentariums gelangte er zu einer Deutung, in der die Merkmale der 'epileptischen Wesensänderung' als Tagesseite einer verborgenen Schatten- oder Nachtseite gegenüberstanden, die in Dämmerzuständen, Gewaltepisoden, Schrek-

kensvisionen als verdrängte Aggressivität zum Ausdruck komme. Diese Polarität bilde bei allen genuinen Epileptikern das Grundmuster ihrer emotionellen Konstellation, vor deren Hintergrund auch ihre anderen Wesenszüge erst verständlich würden. Im ganzen sei die 'epileptische Wesensänderung' "als kompensatorische Reaktionsbildung auf unbewußte, überwertige Aggressivität zu verstehen." (S.543)

Damit verblieb Bräutigam im Grunde im äußeren Schema der 'epileptischen Wesensänderung', gab ihr nun aber eine tiefenpsychologische Sinndeutung; seine Absicht war es gewesen, "im von Weizsäckerschen Sinne Zusammenhängen zwischen subjektiven, seelischen Entwicklungen und der Krankheit Epilepsie nachzugehen und so zu einer Art Anthropologie der Epileptiker durchzustoßen." (S.542) Immerhin gelang es ihm, biographische und psychoanalytische Gesichtspunkte als Elemente einer Revision plausibel zu machen und dadurch die 'epileptische Wesensänderung' in neuer Gestalt zur Debatte zu stellen.

Entscheidende Anstöße zu ihrer weiteren kritischen Überprüfung gingen in den darauffolgenden Jahren von der Wiener Universitätsnervenklinik aus. H.Hoff, ihr Leiter, und H.Strotzka kamen dabei den Überlegungen von Weizsäckers recht nahe; und, was noch wichtiger war, auch in praktischen Belangen setzten sie der deutschen Epileptologie der Nachkriegsära bzw. der Zeit nach dem Nationalsozialismus neue Maßstäbe. Hans Strotzka nannte zwei Wurzeln ihrer Sichtweise; zum tiefenpsychologischen Denken traten pragmatisch psychologische Aspekte aus der unmittelbaren Bekämpfung der Epilepsie, die sich in den USA schon bewährt hatten. Mit dieser Herangehensweise war im Vergleich zur Vorkriegszeit ein tiefgreifender Wechsel der ärztlichen Perspektive verbunden. Während damals das Schwergewicht der psychiatrischen Anstrengungen auf der empirischen bzw. theoretischen Erfassung

der 'epileptischen Wesensänderung' lag, propagierten Hoff, Strotzka u.a. nach amerikanischem Vorbild die Bedeutung praktischer Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Betreuung von Epilepsiekranken. Dazu war es jedoch erforderlich, den therapeutischen Pessimismus auf diesem Gebiet abzulegen, der dem psychiatrischen Denken in Deutschland, insbesondere den biologischen Richtungen, entsprach, und "wie eine träge Wolke über jeder praktischen Arbeit an der Erkrankung"[6] lastete. Die tatsächliche Lebenssituation von Epileptikern zu erleichtern, sollte nun zur Richtschnur dieser ärztlichen Bemühungen gemacht werden: "die Diskriminierung der Epileptiker im allgemeinen soll aufgehoben, dem einzelnen Kranken soll mehr Selbstvertrauen, Selbständigkeit und Sicherheit vermittelt werden."[7] Hier engagiert, erfinderisch und ausdauernd zu sein, sich zu ihrem Anwalt auch in außermedizinischen Angelegenheiten zu machen, eröffnete den ärztlichen Handlungsmöglichkeiten neue Dimensionen. Vorwiegend hier sind die Ausgangspunkte von ärztlichen Lernprozessen zu suchen; indem sie Epilepsiekranke auch in deren Alltag, auch außerhalb der Anstalten, besser kennenlernten, sich mit ihnen verbündeten in der Suche nach Ausbildungs- und Arbeitsplätzen, erledigte sich die 'epileptische Wesensänderung' in der herkömmlichen Form sozusagen von selbst, als wirklichkeitsfremdes Konstrukt, das mit den persönlichen Eigenarten, Schwierigkeiten und Stärken einzelner Epileptiker kaum etwas zu tun hatte. Im Gegenteil: dieses Konstrukt erwies sich als geradezu patientenfeindlich; es hatte die negativen Vorurteile in der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit nicht abgebaut, sondern verstärkt. Besonders in der deutschen Psychiatrie wurde, wie Strotzka 1954 feststellte, "noch immer stark an der 'epileptischen Wesensänderung' und an konstitutionellen Faktoren, etwa im Sinne des 'viskösen' Temperamentes festgehalten ..."[8]

Die Verfechter einer 'praktischen Epileptologie', in der medikamentöse, soziale und psychische Hilfen das ärztliche Handeln bestimmen, standen naturgemäß "in diametralem Gegensatz zu der verbreiteten Auffassung, daß die epileptische Charakterveränderung ein primäres Symptom der 'genuinen' Epilepsie sei."[9] Aus ihrer Sicht wird "die epileptische Charakterveränderung durch eine Kombination von organischen Hirnveränderungen und psychischen Faktoren hervorgerufen."[10] Notwendige Maßnahmen zur Prophylaxe von Charakterveränderungen sahen sie in einer entsprechenden medikamentösen und psychischen Behandlung des Epileptikers, in Aufklärungsarbeit bei Eltern, Ärzten, Lehrern, Arbeitgebern etc. und in der breiten Öffentlichkeit.

In der Führung des Epilepsiekranken bewerteten sie die Anfallskrankheit nicht mehr als oberstes Therapieziel, sondern wogen es gegen den Schaden ab, den Verbote und die forcierte Beachtung besonderer Maßregeln, sofern sie nicht zu seinem Schutz unerläßlich waren, im psychischen und sozialen Bereich mit sich brachten. Damit wurden nun das subjektive Wohlergehen und die soziale Integration von Epilepsiekranken als definitive medizinische Zielsetzungen anerkannt. Welcher Kontrast zum therapeutischen Defätismus und dem mutmaßlich formalisierenden, 'heillosen Umgang' (M.Schrenk) früherer Jahrzehnte.

> "Wir vermeiden alle unnötigen Verbote. Die Forderung einer salzarmen Kost war in der Aera der Brombehandlung gerechtfertigt. Heute stellt die Salz- und Flüssigkeitseinschränkung eine schwere Beeinträchtigung der Anpassung an die Umwelt dar und ist ... von so geringem Wert, daß sie vernachlässigt werden kann. Auch andere Diätvorschriften werden nicht gegeben. Das strenge Alkoholverbot ist ebenfalls nicht generell indiziert.
> ...
> Im Interesse der Gesunderhaltung der Gesamtpersönlichkeit erscheint es uns vertretbarer, ein größeres Anfallsrisiko auf sich zu nehmen, als durch unzählige Verbote und Vorschriften das Krankheitsgefühl des Patienten zu verstärken. Die einzige Vor-

schrift, die wir unseren Patienten mitgeben, ist das regelmäßige Nehmen des Medikamentes."[11]

Es ist kennzeichnend für diese Betrachtungsweise, die 'epileptischen Charakterveränderungen' keineswegs als ein zwangsläufiges Symptom der Anfallskrankheit aufzufassen, sondern als "die Folge einer nicht genügend behandelten Epilepsie."[12]

Der weitere Bedeutungsverlust der 'epileptischen Wesensänderung' vollzog sich in einem manchmal stillschweigenden, häufig den Vorgang der Distanzierung kaum sichtbar machenden Prozeß des schrittweisen Verschwindens; eine gründliche Auseinandersetzung mit ihren Entstehungsbedingungen erfolgte nicht. Offenbar interessierte man sich nicht weiter für die Fragen, nach welchen Forschungs- und Theoriebildungsprinzipien man verfahren war, als die Disziplin geschlossen zu dem Ergebnis 'epileptischer Charakter' gelangt war, mit welchen Mechanismen der Selbstüberprüfung das Fach ausgestattet war, als seine Angehörigen lange Zeit keine Zweifel an der Richtigkeit des Konstrukts hegten, ob die Kurskorrektur disziplinären Eigenkräften zu verdanken war. Provisorisch daran gemessen, bleibt die kollektive Selbstreflexion der deutschen Psychiatrie hinter ihren Möglichkeiten und, wie es scheint, Erfordernissen zurück. Denn die Weizsäckerschen Überlegungen zur Genese des 'epileptischen Charakters' weiterführend, läßt sich die Logik des Konstrukts auch umkehren. In der Modellvorstellung seiner konstitutiven Dyade - der handelnden Subjekte 'Psychiater' und 'Epilepsiekranker' - käme dann aus der Sicht des Anfallskranken das gedankliche Konstrukt eines 'psychiatrischen Charakters' zustande, der sich etwa durch die Attribute 'unpersönlich', 'verständnislos', 'abweisend', 'selbstgefällig', 'überheblich' auszeichnete.

9 ZUSAMMENFASSUNG

Wenn man sich nach dem Entwicklungsgang der 'epileptischen Wesensänderung' fragt, einer psychiatrischen Auffassung, die in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend obsolet geworden ist, sich gleichwohl in ihrer Wirkung auf die Vorstellungen der breiten Öffentlichkeit über Epilepsiekranke als hinderlich für deren gesellschaftliche Integration erweist, so stellt man fest, daß ein ernstzunehmender Versuch, eine zusammenhängende Theoriegeschichte dieses Konstrukts zu formulieren, bisher nicht erfolgt ist. Diesem Anliegen gilt die vorliegende Studie. Sie ist nicht primär ideengeschichtlich angelegt, sondern versucht, den kognitiven Verlauf der Theoriebildung im Rahmen der allgemeinen wissenschafts-institutionellen Entwicklung des Fachs zu bestimmen, soweit dies unter Maßgabe des derzeitigen Forschungsstandes möglich erscheint; und sie zielt in umgekehrter Richtung auf die sozialen Wirkungen, die von den wissenschaftlichen Ergebnissen, besonders im Hinblick auf Epileptiker selbst, ausgingen.

Sechs Etappen lassen sich in der Geschichte der 'epileptischen Wesensänderung' unterscheiden. Die Zeitspanne ihrer Vorläufer reichte etwa bis zum Beginn des letzten Drittels des vorigen Jahrhunderts. Ungefähr bis zur Mitte des Jahrhunderts dominierte in den Publikationen dabei die gerichtsärztliche Perspektive; sie ließ Epileptiker als bemitleidenswerte Kreaturen erscheinen, deren schicksalshafte Erkrankung sie zu gewalttätigen, boshaften, rachsüchtigen Handlungen hinreißen konnte und häufig zur Verblödung führte. Mit dieser Perspektive war unmittelbar die Frage nach der Unzurechnungsfähigkeit epileptischer Straftäter verbunden, die ca. ab 1830 restriktiv

beantwortet wurde. Das psychiatrische Bild, das in dieser Phase unter allgemeinen wissenschaftlichen und therapeutischen Aspekten von Epileptikern entworfen wurde, unterschied sich davon spürbar. Aus diesem Blickwinkel wurden weniger die dem juristischen Denken verwandten Begriffe 'Bosheit', 'Gefährlichkeit' oder 'Gewaltthätigkeit' betont, als frühe Ansätze zu psychopathologischer Beschreibung entfaltet.

In den sechziger und siebziger Jahren verdichteten sich die bisherigen Vorstellungen zum Konzept des 'epileptischen Charakters'. Von der Theorieseite her betrachtet, standen seine Urheber unter dem bestimmenden Einfluß französischer Autoren (B.A.Morel, J.Falret), und der Degenerations-Theorie, die das psychiatrische Denken auch in Deutschland ergriff. Das wissenschaftliche Selbstverständnis der deutschen Psychiater war geprägt durch die Adaptation naturwissenschaftlicher Denkmodelle und Zielvorstellungen. In berufspolitischer Hinsicht hatten sie den Ehrgeiz, ihr Fachgebiet den anderen medizinischen Disziplinen ebenbürtig zu machen. Von der institutionellen Seite her gesehen, war die zunehmende Hospitalisierung bzw. Asylierung von Epileptikern in den auf breiter Basis entstehenden Anstalten und universitätspsychiatrischen Abteilungen maßgeblich für die Entstehung des Konstrukts. Was die Dämonisierungstendenz anbetraf, hatte es sich seinen gerichtsmedizinisch orientierten Vorläufern durchaus angeglichen. Seine nunmehrige Fassung enthielt eine ganze Reihe von inhaltlichen Verschiebungen: zum einen die Abtrennung der Demenz und der Manie bzw. des Wahnsinns, zum anderen die neuerliche Betonung des Dämonischen, wobei die schon vorhandene Liste drastischer Formulierungen ergänzt wurde durch gemäßigtere Zuschreibungen, die in den psychopathologischen Zwischenzonen des Anomalen und Sonderbaren angesiedelt waren ('sittliche Degeneration', 'Egoismus', 'Finsterkeit', 'Süßlichkeit', 'Bi-

gotterie', 'Starrsinn', 'Pedanterie' etc.).

In den beiden nächsten, sich teilweise überlappenden Entwicklungsabschnitten festigte sich das Konstrukt entscheidend, als es zum einen innerhalb weniger Jahre in das sich definitiv formierende psychiatrische Lehrgebäude aufgenommen wurde; durch Zitation und affirmative Verwendung verwandelte es sich in der aufkommenden Flut von Lehr- und Handbüchern, Compendien und Leitfäden in eine nicht weiter nachzuprüfende psychiatrische Stereotypie. Mit dem rapiden Bedeutungszuwachs des Hereditätsgedankens, dem im Epilepsie-Bereich das Konzept der 'genuinen' Epilepsie entsprach, gewann der 'epileptische Charakter' zweitens eine neue, letztlich jedoch formal bleibende Kohärenz, indem er sich in substantieller Weise mit der 'genuinen' Epilepsie verband. Seine Merkmale galten nun nicht mehr als fakultative Folgeerscheinungen, sondern etwa ab 1920 als pathognomonische, den Anfällen gleichwertige Anzeichen der erblichen Epilepsie. Auf der inhaltlichen Seite traten in den zwanziger und dreißiger Jahren zu den Spezifikationen des Anomalen weitere Bestandteile hinzu: 'Perseveration', 'Haften', 'Klebrigkeit', 'Hypersozialität'. Sie prägten in der Folge die 'epileptische Wesensänderung', zu der sich das Konstrukt begrifflich gewandelt hatte. Die drastischen Dämonisierungsformeln verloren an Bedeutung: aus dem 'gemeingefährlichen Ungeheuer' wurde ein 'minderwertiger Psychopath'.

Nach der Übernahme der staatlichen Macht durch die Nationalsozialisten erreichte die 'epileptische Wesensänderung' den verhängnisvollen Tiefpunkt ihrer 'Karriere', indem sie als Instrument der staatlichen Rassenpolitik im Epilepsie-Bereich eingesetzt wurde. Als Indikator für die Erblichkeit von Epilepsien diente sie zur Selektion von Anfallskranken, die der Sterilisation unterzogen wurden oder der 'Vernichtung lebensunwerten Lebens' zum Opfer fielen. In diesen

Entwicklungsabschnitt fiel auch die scheinbar endgültige wissenschaftliche Bestätigung der miteinander verknüpften Konstrukte von 'genuiner' Epilepsie und 'epileptischer Wesensänderung'.

In der Nachkriegszeit hatten sich die Voraussetzungen für eine kritische Überprüfung des Konstrukts verbessert. Psychoanalytische Einflüsse und die allmähliche Etablierung einer Perspektive, die nach amerikanischem Vorbild mit praktisch-psychologischen Bemühungen um die Erleichterung der Lebenssituation von Epileptikern verbunden war, trugen zu einem fortschreitenden Bedeutungsverlust des Konstrukts bei.

Der Entwicklungsgang der 'epileptischen Wesensänderung' legt den Schluß nahe, daß sie mehr über die Entstehungsbedingungen psychiatrischer Theoriebildung auszusagen vermag, als über spezifische Psychopathien von Epilepsiekranken. Eine Rekonstruktion der Erkenntnislogik des Konstrukts ergab zahlreiche Verdichtungsoperationen, die Disproportionalitäten enthielten und zu Fehlschlüssen führten. Die für die Entstehung der Erkenntnis maßgebliche Beziehung von Erkenntnissubjekt und -objekt wurde aufgelöst und die Subjektseite in der Darstellung abgetrennt; ein Vorgang, der den Urhebern des Konstrukts selbst nicht deutlich war, wie zu vermuten ist. Diese 'objektivistische' Erkenntnisform verdeckte systematisch den Anteil der psychiatrischen Forscher am spezifischen Gehalt der 'epileptischen Wesensänderung'.

Gegen diesen erkenntnistheoretischen 'Strich' gelesen, läßt der Entwicklungsgang des Konstrukts zugleich Rückschlüsse auf den damaligen psychiatrischen Umgang mit hospitalisierten Epileptikern zu; der 'objektivistischen' Erkenntnis entsprach aus heutiger Sicht vermutlich nicht selten ein distanzierendes Verhalten auf seiten der psychiatrischen Institution;

der Mangel an theoriegeleitetem Verständnis für die lebensgeschichtliche Determinationskraft des Anfallsleidens und für die Psychodynamik des Anfallskranken trugen rückblickend dazu bei, ein Verhalten und eine Persönlichkeitsstruktur bei den Patienten zu konstellieren, die dann der Theoriegestalt der 'epileptischen Wesensänderung' subsumiert wurden; psychiatrisches Handeln, aktives wie reaktives Verhalten von Anfallskranken und psychiatrisches Erkennen brachten, jeweils auf dem Boden gesellschaftlicher Einflüsse, in einem komplexen Prozeß das Konstrukt hervor, das gleichermaßen Resultat vorausgegangenen wie Ausgangspunkt zukünftigen Verhaltens darstellte.

In einer derartigen Betrachtungsweise wird die 'epileptische Wesensänderung' selbst zum Erkenntnismaterial, zum Ausgangspunkt weiterer Forschungen. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen, daß eine Theoriegeschichte erst im umfassenderen Rahmen einer Wissenschaftsgeschichte eine spezifische Aussagekraft erlangt und Rückschlüsse auf die vielschichtige Struktur der historischen Verhältnisse aus Daten, Fakten, Entwicklungslinien, Bewegungsmomenten, Querverbindungen, Wechselwirkungen etc. zuläßt. Erst dann kann Theoriegeschichte 'verstehbar' werden und ihrerseits eine erklärende Funktion erhalten. Die psychiatrische Wissenschaftsgeschichte weist noch beträchtliche Erkenntnislücken auf; eine vordringliche Forschungsaufgabe betrifft, wie zu zeigen versucht wurde, den Prozeß der sozialen Konstitution der Psychiatrie als Profession und die Wechselwirkungen dieses Prozesses mit der Theorieentwicklung, der Geschichte der psychiatrischen Praxis und der psychiatrischen Institutionen.

ANMERKUNGEN

1 EINLEITUNG

[1] Vgl. G.Ritter: Epilepsie und soziales Vorurteil in historischer Sicht. Psychiat. Neurol. med. Psychol., Leipzig, 25 (1973) 754-761; ders.: Bemerkungen zur Sozialgeschichte der Epilepsie. Nervenarzt 46 (1975) 513-518

[2] zitiert nach der 5. Auflage. E.Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. 5. Auflage, Springer, Berlin 1930, S.266

[3] M.Finke: Die Einstellung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland zur Epilepsie. Nervenarzt 52 (1981), 581-584

[4] G.Ritter: Medizinsoziologische Aspekte der Epilepsie (Versuch einer Synopsis). Fortschr. Neurol. Psychiat. 44 (1976), 151-181, hier: 153

[5] H.Strotzka: Psychologische Probleme der Epilepsie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 76 (1955), 375-379, hier: 375; U.H.Peters: Zur Psyche des Epileptikers im Erwachsenenalter. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Psychosen, Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen. Schattauer, Stuttgart 1973, S.119-126, hier: S.119

[6] J.Guerrant, W.W.Anderson, A.Fischer et al.: Personality in Epilepsy. Thomas, Springfield (Illinois) 1962, S.3 ff

[7] Wenn hier und im Folgenden von der epileptischen Wesensänderung, bzw. von ihrem Vorläufer, dem epileptischen Charakter die Rede ist, soll darunter jeweils das theoretische Konzept verstanden werden; als solches wird es durch Anführungszeichen gekennzeichnet.

[8] H.Remschmidt: Sind Patienten mit temporaler Epilepsie psychisch besonders auffällig? Nervenarzt 41 (1970), 561-564, hier: 561

[9] H.Ganner: Zur Frage der Wesensveränderung bei Epilepsien. Wien. klin. Wochenschr. 80 (1968), 357-360, hier: 357

[10] Hier nur eine Auswahl: Bräutigam (1951), Simma (1953, 1955), Pernstich (1957), Müller (1962), von Hedenström (1965), Tellenbach (1966), Tellez (1967), Schorsch (1969), Lange/Mucha (1972), Horstmann/Michaelis (1975), Diehl (1978), Herha (1979), Helmchen (1979), Hebenstreit (1982).

[11] Vgl. z.B. W.Fröscher. Psychische Störungen bei Epilepsien. Zeitschr. Allgemeinmed. 55 (1979), 488-496

[12] Z.B. sind Verwechslungen möglich zwischen der epileptischen Wesensänderung und verschiedenen Typen von Durchgangssyndromen oder auch der protrahierten Dämmerzustände. Vgl. W.Fröscher, a.a.O.

[13] Etwa bei H.Remschmidt: Testpsychologische und experimentelle Untersuchungen zur Psychopathologie der Epilepsien. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie ..., S.135-156; oder auch bei L.W.Diehl: Wesensänderung bei Epilepsien? Psychiat. Neurol. med. Psychol., Leipzig, 30 (1978), 239-247; G.Huber und H.Penin: Psychische Dauerveränderungen und Persönlichkeit der Epileptiker. In: Psychiatrie der Gegenwart, hrsg. von K.P.Kisker, J.-E.Meyer, M.Müller und E.Strömgren, Band 2/2, 2. Auflage, Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1972, S.649; G.Huber: Psychopathologie der Epilepsien. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie ..., S.11

[14] Dieser Begriff setzte sich erst zwischen 1930 und 1940 durch; sein Vorläufer bestand im 'epileptischen Charakter'.

[15] M.Schrenk: Über den Umgang mit Geisteskranken. Die Entwicklung der psychiatrischen Therapie vom 'moralischen Regime' in England und Frankreich bis zu den 'psychischen Curmethoden' in Deutschland. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1973, S.129

[16] Vgl. dazu die Ansätze der neueren Wissenschaftsforschung, die in eine ähnliche Richtung weisen, z.B. bei P.Weingart: Wissensproduktion und soziale Struktur. Suhrkamp, Frankfurt (M) 1976

[17] Unter diesem Aspekt lag es in unserer Absicht, die Autoren möglichst für sich sprechen zu lassen. Dabei wurden bewußt Wiederholungen kaum durch eigene Zusammenfassungen ersetzt, da in ihnen nicht nur ein zu vernachlässigendes, den Fortgang der Studie störendes Moment zu sehen ist. Es sollte für den Leser nachvollziehbar gemacht werden, daß ein reproduktives Element am Kern des Geschehens teilhat. Straffungen hätten den Leser um die Plastizität gebracht, die verdeutlicht, daß Theoriewandel wesentlich auch Sprachwandel ist.

[18] Vgl. dazu H.Schipperges: Psychiatrische Konzepte und Einrichtungen in ihrer geschichtlichen Entwicklung. In: Psychiatrie der Gegenwart, hrsg. von K.P.Kisker, J.-E.Meyer, C.Müller und E.Strömgren, Band 3, 2. Auflage, Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1975, S.1-38

2 DIE GEGENWÄRTIGE SICHT DER ENTSTEHUNGSGESCHICHTE

[1] W.G.Lennox with the collaboration of M.A.Lennox: Epilepsy and Related Disorders. Vol. 2, Churchill, London 1960, S.698

2 O.Temkin: The Falling Sickness. Sec. Ed., Hopkins, Baltimore-London 1971, S.369

3 D.A.Pond: Epilepsy and personality disorders. In: Handbook of Clinical Neurology, ed. by P.J.Vinken and G.W.Bruyn, Vol. 15 (The Epilepsies, ed. by O.Magnus and A.M.Lorentz de Haas), North-Holland, Amsterdam 1974, S.576-592, hier: S.581/82

4 W.G.Lennox: Epilepsy and Relates Disorders ..., S.698/9

5 J.Guerrant et al.: Personality in Epilepsy ..., S.16/17

6 Vgl. D.Janz: Denkschrift Epilepsie (Deutsche Forschungsgemeinschaft), Boldt, Boppard 1973, S.61; A.Matthes: Epilepsie. Diagnostik und Therapie für Klinik und Praxis. 3. Auflage, Thieme, Stuttgart 1977, S.88; J.Herha: Gibt es eine 'epileptische Wesensänderung'? Die Berliner Ärztekammer 16 (1979), 306

7 A.Matthes: Diskussionsbemerkung. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie ..., S.161; ders.: Epilepsie. ..., S.88

8 U.H.Peters: Diskussionsbemerkung. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie ..., S.162; vgl. auch ders.: Psychopathologie des Epileptikers. Med. Welt 26 (1975), Heft 22, 1089-1093, hier: 1089

3 ZUM THEORETISCHEN KONTEXT DER ENTSTEHUNGSPHASE

1 O.Temkin: The Falling Sickness ..., S.44

2 F.Falk: Studien über Irrenheilkunde der Alten. Allg. Zeitsch. Psychiat. 23 (1866) 429-566, hier: 496/97

3 W.Creutz: Die Neurologie des 1.-7. Jahrhunderts n. Chr. Eine historisch-neurologische Studie. Thieme, Leipzig 1934, S.104

4 Loc. cit.

5 T.Lemperière: Histoire de l'évolution des idées sur la mentalité épileptique. Histoire de la médecine 5 (1) (1955) 69-75, hier: 70

6 O.Temkin: The Falling Sickness ..., S.266

7 S.A.Tissot: Abhandlung von den Nerven und ihren Krankheiten. Übersetzt von F.A.Weber. 4. Band, C.G.Dengel, Königsberg-Leipzig 1783, § 78, S.431/32

8 Ibid., S.439

9 S.A.Tissot: Abhandlung über die Nerven und deren Krankheiten. Übersetzt von J.C.G.Ackermann. 3. Band, 1. Teil, Frankfurt-Leipzig 1784, S.262/63

10 Ibid., S.263

[11] W.Cullen: Anfangsgründe der praktischen Heilkunst. Dritter Band, welcher die Nervenkrankheiten bis auf die Gemüthskrankheiten enthält. Zweyte Ausgabe, C.Fritsch, Leipzig 1789, S.324

[12] Vgl. A.Henke: Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Zum Behuf academischer Vorlesungen und zum Gebrauch für gerichtliche Ärzte und Rechtsgelehrte. J.E.Hitzig, Berlin 1812; J.H.Baas: Grundriss der Geschichte der Medicin und des heilenden Standes. F.Enke, Stuttgart 1876, S.565/66; E.Th.Nauck: Über gerichtsmedizinischen Unterricht in Freiburg i. Br., Ber. Naturf. Ges. Freiburg i. Br. 50 (1960), Heft 1, 5-56; H.-H.Eulner: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. F.Enke, Stuttgart 1970, S.159-179

[13] Vgl. E.Th.Nauck: Über gerichtsmedizinischen Unterricht ..., S.7

[14] Im Hinblick auf die im 14./15. Jahrhundert einsetzende Sektionspraxis ist die Gerichtsmedizin mit Eulner geradezu als Schrittmacher der Anatomie anzusehen. Vgl. auch L.J.C.Mende: Ausführliches Handbuch der gerichtlichen Medizin für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Aerzte und Wundaerzte. Erster Theil. Dyksche Buchhandlung, Leipzig 1819, S.99 ff

[15] Vgl. dazu ausführlicher S.161 ff

[16] "Bis jetzt hat man in den Compendien der gerichtlichen Medizin der Erörterung der sogenannten zweifelhaften Gemüths- oder Seelen-Zustände nur Ein Kapitel geschenkt, dessen Inhalt meist sehr kümmerlich ausgefallen ist. Gleichwohl sind die hier abzuhandelnden Gegenstände theils von zu großer Bedeutung für die Rechtspflege, theils zu zahlreich und mannichfaltig, theils zu schwierig in ihrer Ergründung und Bestimmung, als daß ihnen mit einer kurzen und oberflächlichen Behandlung ihr Recht widerführe. ... anlangend die Wichtigkeit dieser Gegenstände für die Rechtspflege in allen ihren Zweigen, so sieht Jedermann von selbst ein, daß es dem Civil-Richter von nicht geringer Bedeutung sey, zu wissen ob gewisse Individuen sich in dem gehörigen Zustande befinden oder zu bestimmter Zeit befunden haben, um irgend ein rechtliches Geschäft gültiger Weise vorzunehmen ... Eben so ist es klar, daß dem Criminal-Richter Alles darauf ankommen müsse zu wissen ob bestimmte Individuen, welche wegen widergesetzlicher Handlungen in Anspruch genommen werden, zur Zeit, wo sie dieselben verübten, in dem Zustande waren, daß sie für diese Handlungen verantwortlich gemacht werden konnten ... Endlich liegt es am Tage, daß auch der Policei-Richter nicht wenig dabei interessirt sey, zu wissen ob die Zustände bestimmter Individuen von der Art sind, daß sie, falls es ihnen vergönnt bleibt sich frei und ungehindert in der bürgerlichen Gesellschaft zu bewegen,

leicht gewaltsame, überhaupt sich und andern schädliche Handlungen vornehmen könnten, und ob es folglich gerathen oder gar nothwendig sey dergleichen Individuen unter Privat-Aufsicht zu stellen, oder einer öffentlichen Heil- oder Verwahrungs-Anstalt einzuverleiben." J.C.A.Heinroth: System der psychisch-gerichtlichen Medizin, oder theoretisch-praktische Anweisung zur wissenschaftlichen Erkenntnis und gutachtlichen Darstellung der krankhaften persönlichen Zustände, welche vor Gericht in Betracht kommen. C.H.F.Hartmann, Leipzig 1825, S.1/2

17 Vgl. zum strategischen Gehalt dieser Perspektive S.155/6

18 C.Lombroso : Identität der Epilepsie mit dem Gemüthswahnsinn und der angeborenen Delinquenz. Neurol. Centralbl. 4 (1885), 197-198, hier: 197

19 A.Henke: Abhandlungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Medicin. Als Erläuterungen zu dem Lehrbuche der gerichtlichen Medicin. 4.Band, F.A.Brockhaus, Leipzig 1820, S.37/38

20 zitiert nach A.Henke: Abhandlungen aus dem Gebiete ..., S.25

21 zitiert nach A.Henke: Abhandlungen aus dem Gebiete ..., S.16

22 E.Platner: Facta violenta epilepticorum quamvis malefaciendi et ulciscendi consilio suscepta amentiae excusatione non carere. Lipsiae 1798

23 Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker, hrsg. von A.Hirsch, 2. Auflage, 4. Band, Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien 1932, S.627

24 E.Platner: Untersuchungen über einige Hauptcapitel der gerichtlichen Arznej-Wissenschaft durch beigefügte zahlreiche Gutachten der Leipziger medicinischen Facultät erläutert. Aus dem Lateinischen übersezt und geordnet herausgegeben von C.E.Hedrich. P.G.Kummer, Leipzig 1820, S.69-77, hier: S.69

25 So sprach er resümierend von einer "Fürbitte für Epileptiker." Ibid., S.77

26 Ibid., S.73/74

27 Paolo Zacchia (1584-1659) gilt als der Begründer der forensischen Psychiatrie. "Daß einige Tage vor und nach den epileptischen Anfällen Vernunft und Freiheit mehr oder minder gestört sind, leidet keinen Zweifel. Schon Paulus Zacchias hat dieses anerkannt und ausgesprochen." A.Henke: Abhandlungen aus dem Gebiete ..., S.39

28 E.Platner: Untersuchungen über einige Hauptcapitel ..., S.76. Die hier zum Ausdruck kommende Sichtweise ist auch für die allgemeine Psychiatriegeschichte von Bedeutung. Noch vor Pinel versuchte Platner, wenn auch auf den Epi-

lepsie-Bereich beschränkt, eine erweiterte Definition des Wahnsinns zu formulieren. Pinels 'manie sans délire', die er 1801 einführte ('Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale'), postulierte einen Wahnsinn ohne Verstandes-Verwirrtheit. Gerade darauf stützte sich die traditionelle Definition in der Hauptsache. Platner vertrat die Auffassung, daß der Wahnsinn des Epileptikers zwar die Gewalttat bewirke, sich aber währenddessen weder durch "Ungereimtheit im Reden und Handeln" noch durch Anfälle zu erkennen geben müsse. Vgl. zur Definition des Wahnsinns unter professionalisierungstheoretischen Gesichtspunkten S.161 ff

29 "Ein Mensch, der des Vernunftgebrauchs in dem Grade beraubt ist, daß er es nicht vermag, den Antrieben zu einer verbrecherischen Handlung zu widerstehen, wird auch eben so wenig im Stande seyn, Veranlassungen zu vermeiden, die ihn zur Schließung eines nachtheiligen Vertrages, oder zur Errichtung eines die Ansprüche seiner Familie verletzendes Testaments bestimmen können. Er wird als Beamter, als Sachwalter, als Kaufmann keine volle Verantwortlichkeit, mithin auch kein Zutrauen haben und genöthigt seyn, allen diesen Verhältnissen zu entsagen!
Auch in polizeilicher Hinsicht würden strengere Maasregeln gegen Fallsüchtige erfordert werden, wenn man in der Beurtheilung ihrer Verhältnisse blos bei den Zweifeln gegen ihren Vernunftgebrauch stehen bleiben wollte. Menschen, von denen man sich bei jeder leichten Veranlassung einer Aufwallung zu versehen hat, die sie zu Verbrechen hinreißt, sind für die öffentliche Sicherheit höchst gefährlich, und wenn noch dazu, wie Platner behauptet, dieser Zustand ein verborgener ist und durch ärztliche Untersuchung nicht erkannt wird, so würde man jeden Menschen, der auch nur ein einziges Mal in seinem Leben einen epileptischen Anfall gehabt hat, aus eben dem Grunde lebenslang einsperren müssen, als man ihn von aller Zurechnung befreien will."
J.C.A.Clarus: Beiträge zur Erkenntniß und Beurtheilung zweifelhafter Seelenzustände. G.Fleischer, Leipzig 1828, S.104/5

30 Ibid., S.99

31 Vgl. dazu z.B. J.C.A.Heinroth: System der psychisch-gerichtlichen Medizin ..., S.103 ff

32 Vgl. dazu S.160 ff

33 E.Platner: Untersuchungen über einige Hauptcapitel ..., S.77

34 A.Henke: Abhandlungen aus dem Gebiete ..., S.8/9

35 Ibid., S.36

36 A.Henke: Abhandlungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Medicin. Als Erläuterungen zu dem Lehrbuche der gerichtlichen Medicin. 4.Band, 2. Auflage, F.A.Brockhaus, Leipzig 1830, S.53

[37] Hier sind zu nennen: S.G.Vogel: Beitrag zur gerichtsärztlichen Lehre von der Zurechnungsfähigkeit. Magazin f. d. ges. Heilkunde, Band 12 (1822), 19-21; Hermes: Gutachten über den Seelenzustand einer an unvollkommener Epilepsie leidenden Brandstifterin. Zeitschr, f. d. Staatsarzneikunde, Band 20, 10. Jahrgang (1830) 149-173; J.B.Friedreich: Systematisches Handbuch der gerichtlichen Psychologie. O.Wigand, Leipzig 1835, S.637 ff; Speyer: Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit eines Epileptischen. Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde, 25. Ergänzungsheft zum 18. Jahrgang (1838) 243-47; E.Curtze: Gutachten über den körperlichen und psychischen Zustand eines wegen verübter Excesse und Gewaltthätigkeiten in Untersuchung befindlichen Fallsüchtigen. Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde, Band 39, 20. Jahrgang (1840) 278-305

[38] G.Jahn: Gerichtlich-medicinisches Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit eines Epileptischen, der ein eilfjähriges Mädchen erschlagen hat. Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde, Band 14, 7. Jahrgang (1827) 282-320, hier: 306

[39] H.Spitta: Ein Beitrag zur Lehre von der Zurechnungsfähigkeit epileptischer Personen. Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde, Band 16, 8. Jahrgang (1828) 374-394, hier: 384

[40] Ibid., S.394

[41] J.C.A.Clarus: Beiträge zur Erkenntniß ..., S.100/101

[42] Ibid., S.108

[43] Ibid., S.110

[44] B.Brach: Ueber die insana malitia epilepticorum Platneri. Magazin f. d. ges. Heilkunde, Band 51 (1838) 3-21, hier: 7

[45] Vgl. dazu S.35 f

[46] B.Brach: Ueber den Einfluss der Epilepsie auf die Geisteskräfte der damit Behafteten und die Grundsätze, nach welchen die Zurechnungsfähigkeit derselben zu beurtheilen ist. F.C.Eisen, Köln 1841, S.31/32. Vgl. zu K.G.Neumann S.32 f

[47] Ibid., S.3

[48] Ibid., S.46

[49] Vgl. H.-H.Eulner: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer ..., S.257-282; K.Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. 7. Auflage, Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1959, S.704 f

[50] A.F.Hecker: Kunst die Krankheiten der Menschen zu heilen, nach den neuesten Verbesserungen in der Arzneiwissenschaft. 2. Theil, 4. Auflage, Henningsche Buchhandlung, Erfurt 1813, S.372/73

[51] F.Jahn: Klinik der chronischen Krankheiten. Nach eigenen Erfahrungen und Beobachtungen, und mit Berücksichtigung der bewährtesten Schriftsteller. Klüger'sche Buchhandlung, Arnstadt 1815, S.269

[52] E.Löbenstein-Löbel: Wesen und Heilung der Epilepsie. A.G.Liebeskind, Leipzig 1818, S.29 ff

[53] K.G.Neumann: Die Krankheiten des Vorstellungsvermögens. C.Cnobloch, Leipzig 1822, S.136-38

[54] J.N. von Raimann: Handbuch der speciellen medicinischen Pathologie und Therapie. 2. Band, 4. Auflage, Wolters, Stuttgart 1832, S.558

[55] J.W.H.Conradi: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie zum Gebrauche bei seinen Vorlesungen. 2. Band, 4. Auflage, Krieger, Cassel 1833, S.497

[56] K.E.Hasse: Krankheiten des Nervenapparates. In: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, redigiert von R.Virchow, 4. Band, 1. Abtheilung, Enke, Erlangen 1855, S.258; vgl. auch ibid., S.275

[57] C.F.Flemming: Pathologie und Therapie der Psychosen. Nebst Anhang: Ueber das gerichtsärztliche Verfahren bei Erforschung krankhafter Seelenzustände. Hirschwald, Berlin 1859, S.119

[58] Calmeil 1824, Bouchet et Cazauvieilh 1825, Georget 1825, Portal 1827 (auf deutsch 1828), Esquirol 1838, Leuret 1843, Herpin 1852, Boileau de Castelnau 1852, Delasiauve 1854 (auf deutsch 1855) u.a.m.

[59] Z.B. von B.A.Morel: Traité des maladies mentales. Masson, Paris 1860, S.694. Morel zitierte hier die Statistik und bewertete sie in diesem Sinn: "On le voit, l'influence fatale exercée sur les facultés intellectuelles par l'épilepsie est pour Esquirol un fait certain, avéré."

[60] E.Esquirol: Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde. Übersetzt von W.Bernhard. 1. Band, Voss'sche Buchhandlung, Berlin 1838, S.169

[61] Ibid., S.168/69

[62] Ibid., S.197

[63] G.Delasiauve: Die Epilepsie. Eine Darstellung ihres Verlaufs und ihrer Behandlung, so wie ihrer Beziehungen zur gerichtlichen Medicin. Übersetzt und bearbeitet von F.W.Theile. B.F.Voigt, Weimar 1855, S.95/96

[64] Ibid., S.99

[65] Ibid., S.106

[66] Ibid., S.332

[67] Für die Abfassung dieser Abschnitte resümierte er seine diesbezüglichen Ausführungen aus seinen 'Etudes cliniques sur les maladies mentales' von 1853.

68 J.Falret: De l'état mental des épileptiques. Arch. gén. méd., Ve Série, tome 16 (1860), Vol. 2, 661-679; Ve Série, tome 17 (1861), Vol. 1, 461-491; Vol. 2, 423-443

69 Ibid., S.669/70 (übersetzt vom Verf.)

4 ENTSTEHUNG UND VERBREITUNG

1 Gegenüber den französischen Autoren ist die Bedeutung der angelsächsischen in diesem Zusammenhang zu vernachlässigen. Nur auf die 'moral insanity', die auf J.C.Prichard zurückgeht, ist kurz zu verweisen. Sie wurde im Rahmen der Rezeption von Morels Degenerationstheorie um 1870 wiederbelebt; in der deutschen Entwicklung des 'epileptischen Charakters' hat sie nur eine untergeordnete Rolle gespielt. Vgl. dazu C.F.Flemmig: Über 'Moral Insanity'. Der Irrenfreund 16 (1874) 1-9

2 Selbst in dem 1869 erschienenen 'Compendium der Nervenkrankheiten' von Th. Schmidt fanden die Arbeiten von Morel und Falret noch keine Erwähnung. Inhaltlich sind seine Ausführungen zur Psychopathologie bei Epilepsie mit denen von Leidesdorf aus dem Jahr 1865 vergleichbar.

3 M.Leidesdorf: Lehrbuch der psychischen Krankheiten. Enke, Erlangen 1865, S.232

4 Ibid., S.231/32

5 M.Leidesdorf: Über epileptische Geistesstörung. Med. Jahrbücher (Wien), 1875, S.157-174, hier: S.158/59

6 Ibid., S.171

7 Vgl. P.Bernhardt: Wilhelm Sander. In: Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Hrsg.: Th.Kirchhoff. 2. Band, Springer, Berlin 1924, S.156-60

8 W.Sander: Über die forensische Bedeutung der Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 10 (1873) 500-517, hier: 501

9 Ibid., S.514

10 Ibid., S.501

11 Mit diesem Hinweis bezog sich Sander auf "ungünstige Lebensbedingungen, wenn der Epileptische im socialen Elend aufwächst. Hier müssen wir die schlechten hygienischen Verhältnisse, welche auf Körper und Geist einwirken und das Leiden steigern, so wie die mangelhafte Ausbildung des Verstandes und des Gemüthes mit in Anschlag bringen: hier ist statt einer guten, aufmerksamen Erziehung nur Vernachlässigung, wo nicht gar schlechtes Beispiel vorhanden." (S.515)

12 Ibid., S.515

[13] P.Samt: Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie. Hirschwald, Berlin 1874. Vgl. dazu S.86

[14] P.Samt: Epileptische Irreseinsformen. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 5. Band (1875) 393-444; 6. Band (1876) 110-216, hier: S.393 (1875)

[15] Ibid., S.111 (1876)

[16] Ibid., S.215 (1876)

[17] Ibid., S.394 (1875)

[18] "1. Zweifelhaft-epileptische (epileptoide) Anfälle.
2. Grosse epileptische Anfälle.
3. Kleine epileptische Anfälle.
4. Kleine psychisch-epileptische Anfälle. } petit mal
5. Postepileptisches Irresein mit seinen zahlreichen Varietäten.
6. Einfache psychisch-epileptische Aequivalente.
7. Recidivirende psychisch-epileptische Aequivalente.
8. Protrahirtes epileptisches Irresein.
a) Primäres.
b) Nach einfachen und recidivirenden Aequivalenten.
9. Zweifelhaft-epileptisches (epileptoides) Irresein.
10. Circuläres epileptisches Irresein.
11. Epilepsie mit Demenz.
12. Habituelle epileptische Charactereigenthümlichkeiten." Ibid., S.214 (1876)
Im einzelnen ging Samt jedoch nicht auf seine Sicht der Bestandteile des 'epileptischen Charakters' ein; vermutlich erschienen sie ihm hinreichend geläufig.

[19] Zu diesem Schluß könnte man angesichts von nachfolgenden Autoren fälschlicherweise gelangen, die häufig einfach auf den Namen Samts verwiesen, wenn es um den 'epileptischen Charakter' bzw. dessen geistige Urheberschaft ging.

[20] Ibid., S.147 (1876)

[21] K.Jaspers: Allgemeine Psychopathologie ..., S.710

[22] M.Fischer: Heinrich Schüle. In: Deutsche Irrenärzte ..., Hrsg.: Th.Kirchhoff, 2.Band, S.184-195, hier: S.187

[23] H.Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten. In: Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie, hrsg. v. H.von Ziemssen, 16.Band, F.C.W.Vogel, Leipzig 1878, S.409

[24] Ibid., S.414

[25] R.von Krafft-Ebing: Ueber epileptoide Dämmer- und Traumzustände. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 33 (1877) 111-125, hier: S.111

[26] H.Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten ..., S.408

[27] H.Schüle: Klinische Psychiatrie. Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. 3. Auflage, F.C.W.Vogel, Leipzig 1886, S.264-66

[28] Ibid., S.272/73

[29] "Vor einem halben Jahrhundert haben die verschiedenen psychiatrischen Richtungen, die Menge der bis dahin gefundenen Fakta und Anschauungen eine zusammenfassende, konziliante Darstellung gefunden von Emminghaus. Seine allgemeine Psychopathologie ist immer noch das geeignetste Nachschlagewerk, wenn man über frühere Literatur sich orientieren will." K.Jaspers: Allgemeine Psychopathologie ..., S.710

[30] H.Emminghaus: Allgemeine Psychopathologie. Zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen. F.C.W.Vogel, Leipzig 1878, S.345

[31] Vgl. A.Hoche: Herrmann Emminghaus. In: Deutsche Irrenärzte ..., Hrsg.: Th.Kirchhoff, 2.Band, S.231-33

[32] R.von Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie. Band 2, Die specielle Pathologie und Therapie des Irreseins. Enke, Stuttgart 1879, S.103

[33] In chronologischer Folge:

O.Berger: Epilepsie. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. Hrsg. v. A.Eulenburg, 4.Band, Urban und Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1880, S.696-728, hier: S.707

A.Pick: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie ..., 5.Band, 1881, S.7-15, hier: S.8-11

R.Arndt: Lehrbuch der Psychiatrie für Ärzte und Studirende. Urban u. Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1883, S.405-412, 553-555

A.Pick: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie ..., 6.Band, 2.Auflage, 1886, S.446-455

J.L.A.Koch: Kurzgefaßter Leitfaden der Psychiatrie. Dorn'sche Buchhandlung, Ravensburg 1888, S.97-101

J.Salgò: Compendium der Psychiatrie. 2.Auflage, Bermann u. Altmann, Wien 1889, S.234 f

J.L.A.Koch: Spezielle Diagnostik der Psychosen. O.Maier, Ravensburg 1890, S.39 f

R.Sommer: Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studirende. Urban u. Schwarzenb., Wien-Leipzig 1894, S.111-115

Th.Ziehen: Psychiatrie. Für Ärzte und Studirende bearbeitet. F.Wredeh, Berlin 1894, S.241 ff, 448 ff

O.Binswanger: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie ..., 7.Band, 3. Auflage, 1895, S.202-214

C.Wernicke: Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Thieme, Leipzig 1900, S.509 ff

E.Kraepelin: Einführungen in die psychiatrische Klinik. 30 Vorlesungen. Barth, Leipzig 1901, S.245-256

E.Mendel: Leitfaden der Psychiatrie. Enke, Stuttgart 1902, S.171

Th.Becker: Einführung in die Psychiatrie. Mit speciellerer Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. 3. Auflage, Thieme, Leipzig 1902, S.140 ff

W.Weygandt: Atlas und Grundriß der Psychiatrie. J.F.Lehmann, München 1902, S.270 f

A.Cramer: Die epileptische Seelenstörung. In: O.Binswanger/E.Siemerling (Hg.): Lehrbuch der Psychiatrie. 1. Auflage, G.Fischer, Jena 1904, S.215-229

H.Liepmann: Epileptische Geistesstörungen. In: Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts in akademischen Vorlesungen. Hrsg.: E.von Leyden/F.Klemperer, 4.Band, 2.Abtheil.: Geisteskrankheiten. Urban u. Schwarzenb. Berlin-Wien 1906, S.541-560, hier: S.542 ff

M.Reichardt: Leitfaden zur psychiatrischen Klinik. G.Fischer, Jena 1907, S.154

F.C.R.Eschle: Grundzüge der Psychiatrie. Urban u. Schwarzenb., Berlin-Wien 1907, S.130 ff

H.Schlöss: Propädeutik der Psychiatrie für Theologen und Pädagogen. H.Kirsch, Wien 1908, S.34 f

O.Binswanger: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie ..., 4.Band, 4. Auflage, 1908, S.616-626

A.Cramer: Die epileptische Seelenstörung. In: O.Binswanger/E.Siemerling (Hg.): Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Auflage, G.Fischer, Jena 1911, S.310-329

K.Heilbronner: Epilepsie. In: Handbuch der Inneren Medizin. Hrsg.: L.Mohr/R.Staehelin, 5.Band, 1. Auflage, Springer, Berlin 1912, S.833-875

J.Bresler: Kurzgefaßtes Repetitorium der Psychiatrie. C.Marhold, Halle a. S. 1912, S.87

E.Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 3.Band, 8. Auflage, J.A.Barth, Leipzig 1913, S.1069 ff

M.Fuhrmann: Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten. 2. Auflage, J.A.Barth, Leipzig 1913, S.281 f

P.Jolly: Kurzer Leitfaden der Psychiatrie. A.Marcus u. E.Webers, Bonn 1914, S.220

H.Vogt: Epilepsie. In: Handbuch der Psychiatrie. Hrsg.: G.Aschaffenburg, Spez. Teil, 1.Abt., F.Deuticke, Leipzig-Wien 1915, S.53-271, hier: S.94 ff

E.Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin 1916, S.333 ff

G.Schlomer: Leitfaden für die klinische Psychiatrie. Müller u. Steinicke, München 1917, S.159 f

H.W.Gruhle: Psychiatrie für Ärzte. Springer, Berlin 1918, S.142 ff

E.Stransky: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. 2.Band, F.C.W.Vogel, Leipzig 1919, S.348

O.Bumke: Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Bergmann, Wiesbaden 1919, S.338 ff, 537 f

34 Diese Art des Umgangs ist offenbar auch heute noch nicht ganz überwunden, wie einer Äußerung von U.H.Peters zu entnehmen ist: "Jeder, der sich irgendwie mit Epileptologie befaßt, weiß, daß es eine lange Historie der Beschreibung des 'Wesens' oder der 'Wesensänderung' des Epileptikers gibt. Eine Aufzählung der gut oder weniger gut erkennbaren Eigenschaften des Anfallskranken ist daher nicht mehr geeignet, bei Kennern der Materie besondere Aufmerksamkeit zu erregen ..." U.H.Peters: Zur Psyche des Epileptikers im Erwachsenenalter. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie ..., S.119-126, hier: S.119

5 ASPEKTE DER INHALTSSTRUKTUR

1 Vgl. Z.B. E.Mendel: Manie. Wien-Leipzig 1881; Lexikon der Psychiatrie. Hrsg. von Chr. Müller. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1973, S.328

2 Vgl. dazu S.26 ff

3 Damit erhöhten sich naturgemäß auch die Möglichkeiten, eine angestrebte berufliche Position zu erreichen. Auch für die damalige Zeit ist die Rolle von Publikationen als 'Karrierehebel' wohl nicht gering einzuschätzen.

4 Daß derartige Überlegungen zwar angestellt wurden, aber keinen schriftlichen Niederschlag fanden, erscheint unwahrscheinlich, wenn man an die Mitteilungsfreude der Autoren denkt.

5 H.Beigel: Vorwort. In: J.Russell Reynolds: Epilepsie. Ihre Symptome, Behandlung und ihre Beziehungen zu andern chronisch-convulsiven Krankheiten. Enke, Erlangen 1865, S.XIX/XX.

6 A.Portal: Beobachtungen über die Natur und Behandlung der Epilepsie. Nach dem Französischen frei bearbeitet und mit Zusätzen versehen von K.Chr.Hille. C.H.F.Hartmann, Leipzig 1828, S.375

7 Vgl. Anm. 18, S.195

8 Vgl. dazu auch O.Hinrichsen: Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 68 (1911) 22-103

9 J.Weiss: Die 'epileptische Geistesstörung'. Wien. med. Wochenschr. 26 (1876) 402-405, 423-426; ders.: Weitere casuistische Beiträge zur 'psychischen Epilepsie'. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 35 (1879) 1-15

[10] R.von Krafft-Ebing: Ueber epileptoide Dämmer- und Traumzustände. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 33 (1877) 111-125

[11] Gerlach: Zur Casuistik des epileptischen Irreseins. Der Irrenfreund 21 (1879) 1-13

[12] W.Sommer: Postepileptisches Irresein. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh., 13 (1882) 549-612

[13] R.Gnauck: Über die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 13 (1882) 337-358

[14] F.Fischer: Zur Lehre vom epileptischen Irresein. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 15 (1884) 741-776

[15] L.Greppin: Das epileptische Irresein. Inaug.-Diss. Basel 1884

[16] P.Vejas: Epilepsie und Verrücktheit. Arch. f. Psychiat. 17 (1886) 118-130

[17] H.Schüle: Klinische Psychiatrie ..., S.262/63

[18] Vgl. S.95 ff

[19] Platner: "... man sieht nicht selten...; ... ich habe gekannt ..." G.Jahn bezog sich auf "theils von sich selbst, theils von der Erfahrung gegebene Sätze", Spitta auf "Erfahrungen älterer und neuerer Ärzte". Clarus und Brach beriefen sich mit ähnlichen Formulierungen auf die ärztliche Erfahrung bzw. Beobachtung.

[20] Flemming: "Bekannt ist ..."; Sander: "... bekanntlich ..."; W.Sommer: "... ist bekannt ..," etc.

[21] Schüle (1878): "Der epileptische Charakter besteht in.... Es sind finstere, mißtrauische Menschen ..."; Emminghaus: "Epileptisch-psychische Degeneration gibt sich ... zu erkennen." Krafft-Ebing: "... treten zu Tage ...; ... zeigt sich ..."

[22] Vgl. S.51

[23] Siehe dazu ausführlicher unter 5.5

[24] Vgl. dazu S.94 ff

[25] Ihre Vertreter waren unter Einschluß etlicher Variationen u.a. Leidesdorf, Sander, Weiss, Westphal, Samt, Krafft-Ebing, später auch Siemerling, Raecke, Gaupp, Aschaffenburg. Vgl. auch R.Gaupp: Die Dipsomanie. G.Fischer, Jena 1901, S.17 ff

[26] 1911 beschrieb H.W.Gruhle in seinem Sammelreferat "Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie in den letzten 10 Jahren und über das Wesen dieser Krankheit" die entstandene Lage, die natürlich nur z.T. auf die mit der 'psychischen Epilepsie' zusammenhängenden Konfusion zurückzuführen war; ein anderer Streitpunkt lag in der Abgrenzungsproblematik der 'genuinen' Epilepsie (siehe dazu S.99 ff).
"Vermögen wir heute eine genaue Umgrenzung des Epilepsiebegriffes vorzunehmen? Oder können wir nur annähernd

angeben, was wir etwa alles unter diesem Wort zusammenzufassen wünschen?
Die Frage ist dringlich geworden, denn die Lage ist heute so, daß sich zwei Fachleute oft nicht mehr verstehen, wenn sie sich über Epilepsie zu unterhalten versuchen. Wir meinen dabei keineswegs, daß sich zwei Irrenärzte etwa nur über den einzelnen Fall streiten, ob X. ein Epileptiker ist oder nicht, - sondern die Merkmale, die der eine als Beweis dafür aufzählt, daß X. an Epilepsie leide, werden von dem anderen als Beweismaterial oft überhaupt abgelehnt." (S.1) Und direkt auf 'psychische Epilepsie' bezogen, warf Gruhle deren Anhängern unzulässige Folgerungen vor, die er so umschrieb: "Weil ich bei einer sicheren Epilepsie das Symptom A finde, habe ich das 'Recht', immer wenn ich A antreffe, von einer sicheren Epilepsie zu reden. Und es ist heute dahin gekommen, daß man sich in vielen Fällen vergeblich fragt, warum dieser oder jener Fall überhaupt zur Epilepsie gezählt werde." (S.11) H.W.Gruhle: Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie in den letzten 10 Jahren und über das Wesen dieser Krankheit. Zeitschr. ges. Neurol. u. Psychiat., Band 2 (Referate), 1911, 1-42

27 Der Anfall "wird immer nur dann als epileptisch mit Sicherheit erkannt werden können, wenn außer diesen Äquivalenten Anfälle beobachtet worden sind, welche auch die motorische Reizkomponente in mehr oder weniger vollständiger Ausprägung besessen haben. Verlassen wir diesen Boden, ... so verlieren wir jeglichen Halt unter den Füßen." O.Binswanger: Aufgaben und Ziele der Epilepsieforschung. Epilepsia 1 (1909), S.125, zitiert nach H.W.Gruhle: Über die Fortschritte ..., S.5

28 W.Sander: Über die forensische Bedeutung ..., S.501. Auch die im Text folgenden Äußerungen von Leidesdorf und Samt sind bereits zitiert worden (vgl. S.45 bzw. S.49).

29 A.Pick: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie ..., 5.Band, 1881, S.7-15, hier: S.8

30 R.Arndt: Lehrbuch der Psychiatrie ..., S.410.
Später wurde dieser Gedanke noch präzisiert, wie H.Vogt 1915 im Zusammenhang mir forensischen Gesichtspunkten kritisierte. "Man hat bekanntlich einzelne Sexualdelikte als spezifisch epileptisch angesehen, so den Exhibitionismus. Das ist nicht richtig.
...
Jedenfalls kann der Exhibitionismus nicht als pathognomon und somit auch nicht eo ipso als strafausschließend im Sinne des § 51 gelten." H.Vogt: Epilepsie. In: Handbuch der Psychiatrie ..., S.251/52

31 L.Greppin: Das epileptische Irresein ..., S.19/20

32 J.L.A.Koch: Kurzgefaßter Leitfaden ..., S.101

33 E.Kraepelin: Psychiatrie ..., 4. Auflage 1893, S.510; 6. Auflage 1899, S.460; 7. Auflage 1904, S.629

[34] E.Redlich: Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie. Referate, erstattet auf der Tagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Hamburg 1912. Karger, Berlin 1913, S.57. Hervorheb. im Orig.

[35] Ibid., S.90

[36] E.Bratz: Veröffentlichungen über Epilepsie und Epileptikerfürsorge. Monatsschr. f. Psychiat. u. Neurol. 9 (1901) 43-73, 144-157, hier: 51

[37] L.W.Weber: Die Epilepsie als klinischer Krankheitsbegriff. Sonderdruck aus der Münchn. med. Wochenschr. Nr.31 und 32, 9 (1912) S.4/5

[38] H.Vogt: Epilepsie ..., S.133/34

[39] Dies kommt z.B. auch in den Arbeiten von O.Bumke und H.Fischer zum Ausdruck. O.Bumke: Die Diagnose der Geisteskrankheiten ..., S.537; H.Fischer: Ergebnisse zur Epilepsiefrage. Zeitschr. ges. Neurol. u. Psychiat. 56 (Orig.), 1920, 106-141, hier: 109

[40] E.Kraepelin: Zur Epilepsiefrage. Zeitschr. ges. Neurol. u. Psychiat. 52 (Orig.) 1919, 107-116, hier: 112

[41] Loc. cit.

[42] Loc. cit.

[43] Ibid., S.113

[44] Loc. cit.

[45] L.J.J.Muskens: Epilepsie. Vergleichende Pathogenese. Erscheinungen. Behandlung. Springer, Berlin 1926, bes. S.287; H.Krisch: Epilepsie und manisch-depressives Irresein. Karger, Berlin 1922, S.9; ders.: Kritisches über die 'Affektepilepsie' (Bratz), die 'psychasthenischen Krämpfe' (Oppenheim) und den epileptischen Charakter. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 77 (1926) 547-554

[46] L.W.Diehl: Wesensänderung bei Epilepsien? ..., S.239

[47] P.Samt: Die naturwissenschaftliche Methode ..., S.1/2

[48] Allgemeine Encyclopädie der Wissenschaften und Künste, hrsg. von J.S.Ersch und J.G.Gruber, 15.Teil, J.F.Gleditsch, Leipzig 1826, S.154

[49] Ibid., S.155

[50] I.Kant: Anthropologie. § 87. Die Klassiker der Pädagogik Band 11, F.G.L.Greßler, Langensalza 1890, S.322

[51] Vgl. dazu etwa Erler: Hysterisches und hystero-epileptisches Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 35 (1879) 16-45

[52] H.Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten ..., S.182/83

[53] In der 3. Auflage seiner Klinischen Psychiatrie von 1886 gab Schüle z.B. eine anekdotische Schilderung des Verhaltens einer epileptischen Patientin; Kraepelin

fügte zur Demonstration des 'epileptischen Schwachsinns' den Brief eines Epileptikers in seine Ausführungen ein.

54 G.Aschaffenburg: Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. C.Marhold, Halle a. Saale 1906, S.17/18, Hervorheb. durch den Verf.

55 Ibid., S.19

56 Dies soll freilich nicht heißen, daß die Vorgehensweise Aschaffenburgs einfach den anderen Autoren auch zu unterstellen sei. Mit einiger Wahrscheinlichkeit kann man aber annehmen, daß sie sich in dieser Hinsicht nicht fundamental von ihm unterschieden.

57 Dies ließe sich auch zeigen für die Assoziationsversuche und die später von Stauder u.a. vorgenommenen Rorschach-Tests.

6 VOM 'EPILEPTISCHEN CHARAKTER' ZUR 'EPILEPTISCHEN WESENSÄNDERUNG'

1 Es war zu dieser Zeit bekanntlich noch keineswegs selbstverständlich, daß die Irrenanstalten von Ärzten geleitet wurden.

2 Darauf wird im nächsten Kapitel noch einmal ausführlicher eingegangen.

3 Vgl. zu diesem Themenkomplex ausführlicher: K.Dörner: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung. In: ders.: Diagnosen der Psychiatrie. Über die Vermeidungen der Psychiatrie. Campus, Frankfurt (M) 1975, S.59-95; H.-G.Güse und N.Schmacke: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. Band 2, Teil 3. Athenäum, Kronberg 1976; G.Baader u. U.Schultz (Hg.): Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - ungebrochene Tradition? Verlagsges. Gesundheit, Berlin (W) 1980; sowie die dort genannte Literatur.

4 Vgl. dazu E.Redlich: Über die Beziehungen der genuinen zur symptomatischen Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 36 (1909) 197-267, hier: 199

5 W.Leibbrand und A.Wettley: Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. K.Alber, Freiburg-München 1960, S.526

6 Vgl. z.B. H.Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten ..., S.362

7 W.Leibbrand u. A.Wettley: Der Wahnsinn ..., S.540

8 Vgl. etwa E.Rüdins programmatischen Entwurf, der darauf abzielte, die biologische Erblehre auch forschungsmäßig auf das psychiatrische Gebiet zuzuschneiden. E.Rüdin: Einige Wege und Ziele der Familienforschung mit Rücksicht auf die Psychiatrie. Zeitschr. ges. Neu-

rol. u. Psychiat. 7.Band (Orig.) 1911, 487-585

9 E.Redlich hatte als Bedeutungsfacetten genannt: im Wortsinn 'angeboren'/'angestammt' und im übertragenen Sinn 'echt'/'unverfälscht'; die aus dem Englischen bzw. Französischen stammenden Ausdrücke 'idiopathisch' bzw. 'essentiell' meinten dagegen 'selbständig'/'aus sich selbst heraus entstehend' bzw. 'wesentlich' in dem Sinn, daß keine anderen Veränderungen nachweisbar seien. Vgl. E.Redlich: Die klinische Stellung ..., S.2/3

10 Ibid., S.11

11 Vgl. R.Sommer: Psychopathologische Untersuchungsmethoden. Urban u. Schwarzenberg. Wien-Berlin 1899; E.Rittershaus: Zur psychologischen Differentialdiagnose einzelner Epilepsie-Formen. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 46 (1910) 1-93, 464-545

12 Siehe z.B. H.Roemer: Zur Symptomatologie und Genealogie der psychischen Epilepsie und der epileptischen Anlage. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 87 (1910) 588-627.
In dieser Arbeit nahm H.Roemer, ein Schüler des Entartungstheoretikers H.Schüle und später neben E.Rüdin u.a. Mitherausgeber der 'Zeitschrift für psychische Hygiene', einen Begriff von Griesinger wieder auf, der 1869 von 'epileptoiden' Zuständen im Grenzbereich von Epilepsie gesprochen hatte. Roemer faßte hingegen sein 'Epileptoid' als 'psychische' Epilepsie und rechnete ihr den 'epileptischen Charakter' zu. Dieses 'Epileptoid' verpflanzte er in die an Boden gewinnende Erblehre. In einem Vorgriff auf E.Kretschmers Ansatz bzw. H.Delbrücks Anwendungsversuch auf Epilepsie (siehe dazu weiter unten), konstruierte er eine Linie, an deren Anfang die 'epileptoide Anlage' die Normvariante repräsentierte und die sich ins Pathologische in Form der 'epileptischen Konstitution' fortsetzte.

13 F.Frisch: Die pathophysiologischen Grundlagen der Epilepsie. Zeitschr. ges. Neurol. u. Psychiat. 65 (1920) 192-240, hier: 192

14 Z.B. E.Kraepelin: Zur Epilepsiefrage ...; O.Bumke: Die Diagnose der Geisteskrankheiten ...; E.Rüdin: Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. IV.Teil: Genealogisches. Zeitschr. ges. Neurol. u. Psychiat. 89 (1924) 368-382

15 E.Redlich: Epilepsie. In: Handbuch der Neurologie. Hrsg.: O.Bumke u. O.Foerster. Ergänzungsband, Springer, Berlin 1924, S.407-492, hier: S.408

16 Ibid., S.424

17 Ibid., S.410

18 E.Kretschmer: Körperbau und Charakter. Springer, Berlin 1921; ders.: Veranlagung zu psychischer Erkrankung. (Manisch-Depressives Irresein, Schizophrenie, Epilepsie). Zentralbl. ges. Neurol. u. Psychiat. 35 (1924) 265-269

[19] H.Delbrück: Über die körperliche Konstitution bei der genuinen Epilepsie. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 77 (1926) 555-572

[20] Dies wurde 1931 unter der Bezeichnung 'Glischroidie' auch von F.Minkowska versucht. F.Minkowska: La constitution épileptoide et ses rapports avec la pathogénie de l'épilepsie essentielle. Ann-Méd.-psychol., 89 (1931) 291-300

[21] Aus diesem Rahmen fielen z.B. Theorie- und Therapieversuche auf psychoanalytischer Grundlage heraus. Vgl. dazu E.Redlich: Kritische Bemerkungen zur Frage der Psychogenese und Psychotherapie bei Epilepsie. Der Nervenarzt 2 (1929) 1-8

[22] H.Delbrück: Epileptisch und Epileptoid. Gedanken zum Körperbau- und Charakterproblem. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 82 (1928) 708-718

[23] H.Delbrück: Über die körperliche Konstitution ..., S.568

[24] Ibid., S.568/69

[25] Ibid., S.567

[26] F.Mauz: Zur Frage des epileptischen Charakters. Zentralbl. ges. Neurol. Psychiat. 45 (1927) 833-835, hier: 834. Die gedruckte Fassung ging auf ein Referat zurück, das Mauz 1926 auf der Jahresversammlung der südwestdeutschen Psychiater gehalten hatte.

[27] Loc. cit.

[28] E.Kretschmer: Der heutige Stand der psychiatrischen Konstitutionsforschung. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 18 (1927) Heft 5, 29-42

[29] U.Fleck: Zur Charakterologie der Epileptiker. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 93 (1930) 12-18. In dieser Arbeit legte er dar, daß das Gros der in der Literatur aufgeführten Merkmale von Epileptikern im charakterologischen bzw. psychopathologischen Bereich auch bei anderen Patientengruppen, sogar im Normbereich vorkäme, also keineswegs spezifisch für Epilepsie sein könne. Ungelöst erschien ihm die Frage, wie epileptische und schizophrene Symptome im Detail zuverlässig unterschieden werden könnten. Er wies darauf hin, daß man, von Delbrück kommend, sehr erstaunt sein müsse, "wenn Mayer-Gross in seiner Darstellung der Schizophrenie im Bumkeschen Handbuch die Ausdrücke 'getrieben und gebunden' gerade auf den Schizophrenen anwendet." (S.405) Damit bezog er sich auf W.Mayer-Gross: Die Schizophrenie. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. Hrsg.: O.Bumke, Band 9, Spez. Teil 5, Springer, Berlin 1932, S.293-578

[30] Ibid., S.14

[31] Ibid., S.15

[32] H.Krisch: Epilepsie und manisch-depressives Irresein ...

33 H.Krisch: Kritisches über die 'Affektepilepsie' (Bratz), die 'Psychasthenischen Krämpfe' (Oppenheim) ..., S.550/1

34 K.Conrad: Erbanlage und Epilepsie. V. Beitrag zur Frage der 'epileptoiden' Psychopathie. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 162 (1938) 505-550, hier: 509/10. Conrad bezog sich hier auf K.Gerum: Beitrag zur Frage der Erbbiologie der genuinen Epilepsie, der epileptoiden Erkrankungen und der epileptoiden Psychopathie. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 115 (1928) 319-422.

35 K.Westphal: Körperbau und Charakter der Epileptiker. Nervenarzt 4 (1931) 96-99, hier: 98

36 Ibid., S.99, Hervorheb. im Orig.

37 O.Foerster: Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 94 (1926) 15-53, hier: 31, Hervorheb. im Orig.

38 Ibid., S.30

39 Ibid., S.34/35

40 L.Marchand, zitiert nach E.Redlich: Die klinische Stellung ..., S.11

41 H.W.Gruhle: Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. Hrsg.: O.Bumke, Band 8, Springer, Berlin 1930, S.669-728. Schon der Titel drückte eine Reserviertheit gegenüber der 'genuinen' Epilepsie aus. "Man muß zugeben, daß sich der Umkreis der genuinen Epilepsie immer mehr und mehr verengt, daß man sie aber noch bestehen lassen muß. Vielleicht kann man sie in einem halben Jahrhundert einmal ganz aufgeben." (S.670)

42 G.Stertz: Zur Auffassung der genuinen Epilepsie. Münchn. med. Wochenschr. 80 (1933) 881-883, hier: 882. Für eine positive Fassung der genuinen Epilepsie sprachen sich u.a. F.Kehrer und K.Pohlisch aus. F.Kehrer: Über den Ursachenkreis der Epilepsien. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. 26 (1935) Heft 5, 44-63; K.Pohlisch: Epilepsie. Erbarzt 5 (1938) 4-9

43 Ibid., S.883, Hervorheb. im Orig.

44 Vgl. dazu das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.Juli 1933, bearbeitet und erläutert v. A.Gütt, E.Rüdin, F.Ruttke. Lehmanns, München 1934

45 Ibid., S.104/5

46 K.Pohlisch: Epilepsie ..., S.6

47 Loc. cit.

48 Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ..., S.105

49 Daß viele psychiatrische Autoren auf diese Diskrepanz hinwiesen, läßt auf erhebliche Bedenken schließen.

50 H.Schulte: Erbliche Fallsucht. In: Die psychiatrischen Aufgaben bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung

erbkranken Nachwuchses mit einem Anhang: Die Technik der Unfruchtbarmachung. Hrsg.: K.Bonhoeffer. Karger, Berlin 1934, S.62-70, hier: S.62, Hervorheb. im Orig. K.Thums kam zu einem ähnlichen Resultat in: Neuere Ergebnisse der psychiatrischen Erbforschung. Zeitschr. f. psychische Hygiene 8 (1935) 12-19. Für H.Luxenburger war der Erbkreis der Epilepsie "jenen Salzseen der Wüste vergleichbar, durch deren Glätte und Unversehrtheit nur einzelne Pfade führen." H.Luxenburger: Der heutige Stand der empirischen Erbprognose in der Psychiatrie als Grundlage für Maßnahmen der praktischen Erbgesundheitspflege. Zentralbl. ges. Neurol. Psychiat. 83 (1937) 561-572, hier: 561

51 H.Schulte: Erbliche Fallsucht ..., S.64

52 K.Bonhoeffer: Zur Epilepsiediagnose im Sterilisierungsverfahren. Die med. Welt 9 (1935) 1659-1660, hier: 1659

53 Loc. cit.

54 Loc. cit.

55 Ibid., S.1660

56 W.Villinger: Zur Frage der erblichen Fallsucht. Münchn. med. Wochenschr. 84 (1937) 461-467, hier: 466

57 Vgl. K.Bonhoeffer: Nervenheilkunde als Berufswahl. In: ders.: Nervenärztliche Erfahrungen und Eindrücke. Springer, Berlin 1941, S.5-17, bes. S.7/8

58 W.Villinger: Erfahrungen mit dem Erbkrankheitenverhütungsgesetz. Zeitschr. f. psychische Hygiene 8 (1935) 70-85, hier: 85

59 Ibid., S.79.
An dieser Faustregel wollte O.Bumke später nicht festhalten, da sie allzu leicht mißverstanden werden könne; es seien peinliche Entgleisungen vorgekommen. Vgl. O.Bumke: Genuine Epilepsie und symptomatische epileptische Zustände. In: Handbuch der Inneren Medizin. Hrsg.: G. von Bergmann u. R.Staehelin, 5.Band, 3. Auflage, Springer, Berlin 1939, S.1678-1730, hier: S.1728

60 Im September 1936 waren es in Bethel 628 Sterilisationen, 723 gestellte Anträge und 2854 Anzeigen. Vgl. W.Villinger: Zur Frage der erblichen Fallsucht ...

61 W.Villinger: Erfahrungen mit dem ..., S.82/82

62 K.Conrad: Erbanlage und Epilepsie. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 153 (1935) 271-326, 155 (1936) 254-297, 509-542

63 G.Ewald: Nochmals die Epilepsie im Sterilisationsverfahren. Med. Klinik, 1936, 1131-1133

64 "Wer die entsetzlichen Ruinen, die das Leben schafft, und die das so schwer zu beantwortende und so gern zurückgestellte Problem der Vernichtung lebensunwerten Lebens immer wieder lebendig werden lassen, täglich vor Augen hat, der wird sich darüber klar sein, daß es

hier eine Geißel der Menschheit zu bekämpfen gilt." Ibid., S.1131
Ewalds Sichtweise spricht für sich selbst; gleichwohl ist festzuhalten, daß es 1939 Ewald war, der als einziger der versammelten Psychiater offen seine Ablehnung des geplanten 'Euthanasie'-Programms zum Ausdruck brachte, von dem sie der SS-Führer Victor Brack unterrichtete mit der Aufforderung, an der Verwirklichung des Programms mitzuwirken. Vgl. Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Hrsg. von A.Mitscherlich und F.Mielke. Fischer, Frankfurt (M) 1978, S.287, Anm. 4; K.Dörner: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung ..., S.79

65 Ibid., S.1132

66 Ibid., S.1133, Hervorheb. im Orig.

67 Ibid., S.1132, Hervorheb. im Orig.

68 Ibid,, S.1133, Hervorheb. im Orig.

69 Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ..., 2. Auflage, J.F.Lehmanns, München-Berlin 1936, S.140

70 Ibid., S.141

71 In diesem Punkt wurden die schärferen Formulierungen der 1. Auflage in der 2. etwas zurückgenommen, nachdem sie von einem Erbgesundheitsgericht in Dresden als überzogen kritisiert worden waren. Das Gericht gab einer Beschwerde gegen einen Sterilisationsbeschluß statt; es gehe zu weit, "von der Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen Gründen nur dann abzusehen, wenn - wie in den Erläuterungen ... von Gütt-Rüdin-Ruttke ... gesagt ist - die Epilepsie ganz eindeutig und nachweisbar im Anschluß an wirklich schwere Schädel- und Hirnverletzungen aufgetreten ist oder wo epileptische Zustände im Gefolge von klar exogen verursachten Krankheiten vorkommen und wo dann wohl auch Epilepsie bei den Verwandten vermißt wird. Da die Unfruchtbarmachung voraussetzt, daß die Erbkrankheit einwandfrei festgestellt ist, kann sie nicht angeordnet werden, wenn eine mehr oder weniger große Wahrscheinlichkeit dafür besteht, daß die Epilepsie nicht anlagebedingt, sondern erworben ist." Juristische Wochenschr. 65 (1936) 1001.

72 Gesetz zur Verhütung ..., 2. Auflage, S.143

73 Karl Heinz Stauder: Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker. Thieme, Leipzig 1938, S.187

74 O. von Verschuer: Der Erbarzt an der Jahreswende. Der Erbarzt, 5 (1938) 1-2, hier: 2

75 zitiert nach: Medizin ohne Menschlichkeit ..., S.184

76 A.Platen-Hallermund: Die Tötung Geisteskranker, Frankfurt (M) 1948, S.30, zitiert nach K.Dörner: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung ..., S.75

77 "Zu melden sind sämtliche Patienten, die
1. an nachstehenden Krankheiten leiden und in den Anstaltsbetrieben nicht oder nur mit mechanischen Ar-

beiten (Zupfen u.ä.) zu beschäftigen sind: Schizophrenie, Epilepsie, senile Erkrankungen ...
2. sich seit mindestens 5 Jahren dauernd in Anstalten befinden
3. als kriminelle Geisteskranke verwahrt sind oder
4. nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen oder nicht deutschen oder artverwandeten Blutes sind ..." Medizin ohne Menschlichkeit ..., S.190

78 Ibid., S.191

79 Ibid., S.204

80 Unter dem Pseudonym Thomas Regau berichtete Karl Heinz Stauder später: "Als ich im Jahre 1940 erstmals von den Morden in den Krankenanstalten erfuhr, war ich als Nervenarzt bei einer Armee eingesetzt. Ich hielt diese Nachrichten, die mir ein Freund aus der Heimat mitbrachte, für so unglaubwürdig, daß ich den Überbringer zunächst für krank, seine Berichte für Wahnideen hielt und ihn unter einem Vorwand einige Tage beobachtete. Als sich die Nachrichten bestätigten, verlangte ich meine Versetzung. Als ich verschiedenen Dienststellen mündlich vortrug, daß ich nicht mehr einer Gilde von Spezialisten angehören könne, die Kranke töte, wurde ich wegen 'Humanitätsduselei' abgewiesen und darüber belehrt, die Euthanasie werde doch heute technisch so perfekt durchgeführt, daß ärztliche Einwände völlig gegenstandslos seien. Es war die Antwort, mit der man einem Vivisektionsgegner, der Bedenken gegen einen neuen Tierversuch vorträgt, beruhigend auf die Schulter klopft." Thomas Regau: Verschrottung und Züchtung. In: ders.: Medizin auf Abwegen. Der Einbruch der Technik in die Heilkunst. Kösel, München 1960, S.111-131, hier: S.119-20

81 K.Dörner: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung ..., S.79/80

82 Zu den Gründen gibt es, wie Dörner darlegt, nur Vermutungen. Vgl. Ibid., S.81

83 G.Schmidt: Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Evang. Verlagswerk, Stuttgart 1965

84 R.Gaupp: Die Dipsomanie. Fischer, Jena 1901, S.25

85 W.Vorkastner: Epilepsie und Dementia praecox. Karger, Berlin 1918

86 H.W.Gruhle: Epileptische Reaktionen ..., S.696

87 U.Fleck: Über das Epileptoid und den epileptischen Charakter. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr. 102 (1934) 383-429

88 A.Knapp: Die epileptische Wesensänderung. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr. 113 (1941) 473-490

89 Z.B. im weitverbreiteten Lehrbuch der Psychiatrie von W.Schulte und R.Tölle, 3. Auflage, Springer, Berlin-

Heidelberg-New York 1975, S.295/96

90 Die dafür maßgeblichen Gründe wurden in der betreffenden Sitzung im Rahmen der 49. Jahresversammlung der südwestdeutschen Psychiater von 1926 nicht mitgeteilt. Vgl. den Diskussionsbeitrag von Kretschmer im Anschluß an das Referat von Mauz. Zentralbl. ges. Neurol. Psychiat. 45 (1927) 834

91 K.Conrad: Erbanlage und Epilepsie. V. Beitrag zur Frage der 'epileptoiden' Psychopathie ...

92 Vgl. F.Mauz: Die Veranlagung zu Krampfanfällen. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 104 (1936) 19

93 Mauz führte Kretschmer sozusagen ins Anthropologische weiter. "Im Gegensatz zum zirkulären und engeren schizophrenen Formenkreis ist das psychische der iktaffinen Konstitutionen nicht einer besonderen Temperaments- oder Charakterschicht zugeordnet, die über der konstitutionellen Schicht liegt, sondern existiert lediglich als unmittelbare Äußerung einer nicht weiter zerlegbaren körperlichen Gegebenheit entweder als eine im Haftvorgang verschmolzene leib-seelische Einheit oder als elementares Radikal einer unausgerichteten ererbten Merkmalskombination von Minderwertigkeiten der einzelnen körperlichen Systeme und Apparate." F.Mauz: Die Veranlagung zu Krampfanfällen. Thieme, Leipzig 1937, S.59

94 Eine Bewertung der immanenten Stimmigkeit der experimentellen Vorgehensweise von Stauder würde die Beantwortung von Fragen voraussetzen, die hier nicht erörtert werden können, nämlich ob sich das verwendete empirische Instrument, seiner Konstruktion entsprechend, überhaupt eignet für einen derartigen Zweck, ob die Basiskriterien für empirische Leistungsfähigkeit gegeben waren etc.; dazu müßte eine Methodendikussion projektiver Tests geführt werden. Vgl. B.Tizard: The personality of epileptics: a discussion of evidence. Psychological Bulletin, Vol. 59, 1962, 196-210; H.Remschmidt: Experimentelle Untersuchungen zur sog. epileptischen Wesensänderung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 38 (1970) 524-540

95 A.Knapp gab 1941 ein typisches Beispiel für eine derartige Bewertung der "verdienstvollen und erkenntnisreichen Arbeit K.H.Stauders ... Seine einwandfreien und zwingenden Resultate gründen sich auf Hunderte von sorgfältig geführten Krankengeschichten, auf die systematische Verwendung seiner vielseitigen Erfahrungen an einem großen Krankengut, eine scharfsinnige, vorurteilslose und unbefangene Problemstellung, eine gewissenhafte und lückenlose Verarbeitung und klare Darstellung der Unterlagen und Beobachtungen und eine überlegene und fesselnde Formulierung seiner unbestreitbaren Ergebnisse." A.Knapp: Die epileptische Wesensänderung. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkr. 113 (1941) 473-490, hier: 488.

96 Die Perseveration geht begrifflich auf J.Raecke zurück: Die transitorischen Bewußtseinsstörungen der Epileptiker. C.Marhold, Halle a. Saale, 1903; bereits 1822 war das Gemeinte sinngemäß von K.G.Neumann in diesem Zusammenhang erwähnt worden.

97 Damit setzte sich Stauder jedoch nicht durch. Die Merkmalskataloge der fünfziger Jahre enthielten sowohl die 'Reizbarkeit' wie die anderen Merkmale aus dem affektiven Bereich.

98 nach O.Bumke: Genuine Epilepsie und symptomatische epileptische Zustände ..., S.1680

7 PSYCHIATRIEGESCHICHTLICHE BEZUGSPUNKTE UND FORSCHUNGSPERSPEKTIVEN

1 M.Schrenk: Über den Umgang mit Geisteskranken ..., S.8-10

2 C.M.F.Sponholz: Aphorismen zur Epilepsie nach Pathogenese, Therapie und öffentlicher Fürsorge. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 28 (1872) 529-577, hier: 574/75

3 Vgl. H.Wildermuth: Die Fürsorge für Epileptische. Sonder-Abdruck aus dem Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege, Band 1, Abth. 2. Berlin o.J., S.34

4 H.Hoffmann: Beobachtungen und Erfahrungen über Seelenstörung und Epilepsie in der Irren-Anstalt zu Frankfurt a. M. (1851-1858). Rütten, Frankfurt (M), 1859, S.153

5 K.E.Hasse: Die Krankheiten des Nervensystems ..., S.278

6 Vgl. z.B. den Bericht von Schupmann: Aus dem Jahresbericht über die Provinzial-Pflege-Anstalt zu Gesecke vom 14.10.1845 bis 14.10.1846. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 4 (1847) 237-245, bes. 244/45

7 Vgl. H.Schneble: 'Antiepileptische Therapie 1877' - Die Behandlung der Epilepsie vor 100 Jahren. Nervenarzt 49 (1978) 76-81, hier: 79

8 Wendt: Ein Beitrag zur antiepileptischen Bromkali-Cur. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 33 (1877) 276-292

9 Vgl. zu seiner Vorgeschichte: R.Castel: Die psychiatrische Ordnung. Das Goldene Zeitalter des Irrenwesens. Suhrkamp, Frankfurt (M) 1979

10 G.Delasiauve: Die Epilepsie ..., S.354/55

11 Vgl. A.T.Scull: Die Monopolisierung der Irrenbehandlung: Anstalten und Ärzte. In: M.W.Wambach, G.H.Hellerich und W.Reichel (Hg.): Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt (M) 1980, S.43-58

[12] Vgl. zur strategischen Zuschreibung von 'Gefährlichkeit' für französische Verhältnisse auch: R.Castel: Die psychiatrische Ordnung ..., S.195 ff und S.245 ff; vgl. zum Begriff der 'Gemeingefährlichkeit' als Internierungsgrund: H.-G.Güse und N.Schmacke: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus ..., Band 2, S.370 ff.

[13] Vgl. dazu ausführlicher: U.Beck und M.Brater (Hg.): Die soziale Konstitution der Berufe. Materialien zu einer subjektbezogenen Theorie der Berufe. Materialien aus dem Sonderforschungsbereich 'Theoretische Grundlagen sozialwissenschaftlicher Berufs- und Arbeitskräfteforschung' der Universität München. 2 Bde., Aspekte Verlag, Frankfurt-München 1977; U.Beck, M.Brater, H.Daheim: Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse. Rowohlt (rde), Reinbek bei Hamburg 1980

[14] U.Beck, M.Brater, H.Daheim: Soziologie der Arbeit ..., S.40, Hervorheb. im Orig.

[15] Eine sich auch öffentlich zuspitzende Auseinandersetzung drehte sich um die Frage, ob Irrenärzte oder Philosophen als Gutachter in Strafverfahren zur Prüfung der Zurechnungsfähigkeit geeigneter seien. Die philosophische Seite wurde von I.Kant angeführt. In seiner 'Anthropologie' von 1798 vertrat er die Behauptung, "nur das Irrereden im fieberhaften Zustande sei eine körperliche Krankheit und bedürfe medizinischer Vorkehrungen, während der Irreredende, bei dem der Arzt keine Körperkrankheit wahrnehme, als Verrückter bzw. Gestörter bei einer Straftat nicht an die medizinische, sondern an die philosophische Fakultät zu verweisen sei." Zitiert nach W.Janzarik: Themen und Tendenzen in der deutschsprachigen Psychiatrie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1974, S.17. Vgl. dazu auch J.H.Hoffbauer: Die psychischen Krankheiten und die damit verwandten Zustände, in Bezug auf die Rechtspflege. Vornämlich zum Gebrauch für Gerichtsärzte und Rechtsgelehrte. Förstner, Berlin 1844, S.17.

[16] K.Dörner weist auf eine ethnische Komponente dieser Kompetenzschneidung hin. Für jüdische Ärzte wie S.Freud war es in der Neurologie - zu ihr war er nach seiner neuropathologischen Zeit wegen mangelnder Erfolgsaussichten übergewechselt - leichter, persönlich zu reüssieren als z.B. in der Psychiatrie. Vgl. K.Dörner: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Fischer, Frankfurt (M) 1975, S.271, Anm. 225; vgl. zu S.Freud: Selbstdarstellung. In: ders.: Selbstdarstellung. Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse. Hrsg. und eingeleitet v. I.Grubich-Simitis. Fischer, Frankfurt (M) 1971, S.37-100, hier: S.41 bis 47

[17] Vgl. zum Verhältnis von Anstalts- und Universitätspsychiatrie: K.Jaspers: Allgemeine Psychopathologie ..., S.705 ff

[18] U.Beck, M.Brater, H.Daheim: Soziologie der Arbeit ..., S.45

[19] Vgl. R.Castel: Die psychiatrische Ordnung ..., S.183 ff; W.Leibbrand und A.Wettley: Der Wahnsinn ..., S.428 ff

[20] E.Regnault: Das gerichtliche Urtheil der Aerzte über zweifelhafte psychische Zustände insbesondere über die sogenannte Monomanie. Aus dem Französischen übersetzt von A.Bourel, mit einem Anhange von F.Nasse. G.Pappers, Cöln 1830, S.70

[21] Vgl. Anm. 15

[22] Seine Ausführungen zeigten auch äußerlich, daß er beide Bedeutungsaspekte der Monomanie klar erkannt hatte. Die Gliederung des Anhangs deckte sich exakt mit ihnen; die beiden Kapitel trugen die Überschriften:
"I. Sollen über zweifelhafte Gemüthszustände von Angeklagten die Richter zu entscheiden haben oder die Aerzte?" (S.139)
"II. Ueber den Begriff des Irrseins für die gerichtsärztliche Beurtheilung psychischer Zustände." (S.165)

[23] Vgl. dazu die ausführliche Rekonstruktion dieses Falles, die die hier vertretene Perspektive stützt: M.Foucault (Hg.): Der Fall Rivière. Materialien zum Verhältnis von Psychiatrie und Strafjustiz. Suhrkamp, Frankfurt (M) 1975

[24] R.Castel: Die psychiatrische Ordnung ..., S.189/90

[25] zitiert (wie die folgenden Äußerungen von Griesinger) nach W.Leibbrand und A.Wettley: Der Wahnsinn ..., S.437/438

8 AUSBLICK: STATIONEN DES BEDEUTUNGSVERLUSTES DER 'EPILEPTISCHEN WESENSÄNDERUNG'

[1] J.Notkin: Is there an epileptic personality make-up? Arch. neur. (Ref.), 20 (1928) 799-803

[2] V. von Weizsäcker: Natur und Geist. 3. Auflage, Kindler, München 1977, S.36

[3] D.Janz: Eine unbekannt gebliebene Abhandlung Victor von Weizsäckers über die epileptische Persönlichkeit. Jahrbuch f. Psychologie, Psychotherapie und med. Anthropologie. 14 (1966) S.16-20

[4] Ibid., S.20

[5] W.Bräutigam: Zur epileptischen Wesensänderung. Psyche 5 (1951/52) 523-544, hier: 524

[6] H.Strotzka: Psychologische Probleme der Epilepsie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., 76 (1955) 375-379, hier: 375

7 Ibid., S.376

8 Loc. cit.

9 H.Hoff: Die Prophylaxe der epileptischen Charakterveränderung. Wien. med. Wochenschr. 163 (1953) 8-11, hier: 10

10 H.Hoff und H.Strotzka: Aktuelle Epilepsieprobleme. Triangel 1 (1953) 21-28, hier: 27

12 H.Hoff: Die Prophylaxe ..., S.10, Hervorheb. im Orig.

LITERATURVERZEICHNIS

Allgemeine Encyclopädie der Wissenschaften und Künste. Hg.: J.S.Ersch u. J.G.Gruber, 15. Teil, J.F.Gleditsch, Leipzig 1826

Arndt, R.: Lehrbuch der Psychiatrie für Ärzte und Studirende. Urban u. Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1883

Aschaffenburg, G.: Über die Stimmungsschwankungen der Epileptiker. C.Marhold, Halle a. Saale 1906

Baader, G. und U.Schultz: Medizin und Nationalsozialismus. Tabuisierte Vergangenheit - ungebrochene Tradition? Verlagsges. Gesundheit m.b.H., Berlin (W) 1980

Baas, J.H.: Grundriß der Geschichte der Medizin und des heilenden Standes. F.Enke, Stuttgart 1876

Beck, U. und M.Brater (Hg.): Die soziale Konstitution der Berufe. Materialien zu einer subjektbezogenen Theorie der Berufe. Materialien aus dem Sonderforschungsbereich 'Theoretische Grundlagen sozialwissenschaftlicher Berufs- und Arbeitskräfteforschung' der Universität München. 2 Bde. Aspekte Verlag, Franfurt-München 1977

Beck, U., M.Brater, H.Daheim: Soziologie der Arbeit und der Berufe. Grundlagen, Problemfelder, Forschungsergebnisse. Rowohlt (rde), Reinbek bei Hamburg 1980

Becker, Th.: Einführung in die Psychiatrie. Mit specieller Berücksichtigung der Differentialdiagnose der einzelnen Geisteskrankheiten. 3. Auflage. Thieme, Leipzig 1902

Berger, O.: Epilepsie. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. Hrsg. v. A.Eulenburg. 4.Band, Urban u. Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1880, S.696-728

Bernhardt, P.: Wilhelm Sander. In: Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Hrsg.: Th.Kirchhoff. 2.Bd., Springer, Berlin 1924, S.156-160

Binding, K. und A.Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Leipzig 1920

Binswanger, O.: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. Hrsg. v. A.Eulenburg. 7.Bd., 3. Aufl., Urban u. Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1895, S.202-214

Binswanger, O.: Die Epilepsie. A.Hölder, Wien-Leipzig 1899

ders.: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. Hrsg. v. A.Eulenburg. 4.Bd., 4.Aufl., Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien 1908, S.616-626

Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker. Hrsg. v. A.Hirsch. 4.Bd., 2.Aufl., Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien 1932

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin 1916

ders.: Lehrbuch der Psychiatrie. 6.Aufl., Springer, Berlin 1930

Boileau de Castelnau: De l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Paris 1852

Bonhoeffer, K. (Hg.): Die psychiatrischen Aufgaben bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses mit einem Anhang: Die Technik der Unfruchtbarmachung. Karger, Berlin 1934

ders.: Die Epilepsiediagnose im Sterilisierungsverfahren. Die med. Welt. 9 (1935) 1659-1660

ders.: Nervenheilkunde als Berufsziel. In: ders.:Nervenärztliche Erfahrungen und Eindrücke. Springer, Berlin 1941, S.5-17

Bouchet et Cazauvieilh: De l'épilepsie considérée dans ses rapports avec l'aliénation mentale. Arch. gén. méd. Tome 9 (1825) 510

Brach, B.: Über die Insana malitia epilepticorum Platneri. Magazin f. d. ges. Heilkunde 51 (1838) 3-21

Brach, B.: Über den Einfluß der Epilepsie auf die Geisteskräfte. F.C.Eisen, Cöln 1841

Bräutigam, W.: Zur epileptischen Wesensänderung. Psyche 5 (1951/52) 523-544

Bratz, E.: Veröffentlichungen über Epilepsie und Epileptikerfürsorge. Monatsschr. f. Psychiat. u. Neurol. 9 (1901) 43-73, 144-157

Bresler, J.: Kurzgefaßtes Repetitorium der Psychiatrie. C.Marhold, Halle a. Saale 1912

Bumke, O.: Die Diagnose der Geisteskrankheiten. Bergmann, Wiesbaden 1919

ders.: Genuine Epilepsie und symptomatische epileptische Zustände. In: Handbuch der Inneren Medizin. Hrsg.: G. von Bergmann u. R.Staehelin. 5.Bd., 3.Aufl., Springer, Berlin 1939, S.1678-1730

Calmeil: L'épilepsie étudiée sous les rapports de son siège et de son influence sur la production de l'aliénation mentale. Paris 1824

Castel, R.: Die psychiatrische Ordnung. Das Goldene Zeitalter des Irrenwesens. Suhrkamp, Frankfurt (M) 1979

Clarus, J.C.A.: Beiträge zur Erkenntniß und Beurtheilung zweifelhafter Seelenzustände. G.Fleischer, Leipzig 1828

Conrad, K.: Erbanlage und Epilepsie. I.Untersuchungen an einer Serie von 253 Zwillingspaaren. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 153 (1935) 271-326

ders.: Die Bedeutung der Erbanlage bei Epilepsie. Allg. Zeitschr. Psychiat. 104 (1936) 19-21

ders.: Erbanlage und Epilepsie. II.Ein Beitrag zur Zwillingskasuistik: Die konkordanten Eineiigen. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 155 (1936) 254-297

ders.: Erbanlage und Epilepsie. III.Ein Beitrag zur Zwillingskasuistik: Die diskonkordanten Eineiigen. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 155 (1936) 509-542

ders.: Erbanlage und Epilepsie. V.Ein Beitrag zur Frage der 'epileptoiden' Psychopathie. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 162 (1938) 505-550

Conradi, J.W.H.: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie zum Gebrauche bei seinen Vorlesungen. 2.Bd., 4.Aufl., Krieger, Cassel 1833

Cramer, A.: Die epileptische Seelenstörung. In: O.Binswanger/E.Siemerling (Hg.): Lehrbuch der Psychiatrie. 1.Aufl., G.Fischer, Jena 1904, S.215-229

ders.: Die epileptische Seelenstörung. In: O.Binswanger/E.Siemerling (Hg.): Lehrbuch der Psychiatrie. 3.Aufl., G.Fischer, Jena 1911, S.310-329

Creutz, W.: Die Neurologie des 1.-7. Jahrhunderts n. Chr. Eine historisch-neurologische Studie. Thieme, Leipzig 1934

Cullen, W.: Anfangsgründe der praktischen Heilkunst. Dritter Band, welcher die Nervenkrankheiten bis auf die Gemüthskrankheiten enthält. Zweyte Ausgabe. C.Fritsch, Leipzig 1789

Curtze, E.: Gutachten über den körperlichen und psychischen Zustand einer wegen verübter Excesse und Gewaltthätigkeiten in Untersuchung befindlichen Fallsüchtigen. Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde, 39.Bd., 20.Jahrgang (1840), 2.Vierteljahresheft, 278-305

Delasiauve, G.: Die Epilepsie. Eine Darstellung ihres Verlaufs und ihrer Behandlung, so wie ihrer Beziehungen zur gerichtlichen Medicin. Übersetzt und bearbeitet von F.W.Theile. B.F.Voigt, Weimar 1855

Delbrück, H.: Über die körperliche Konstitution bei der genuinen Epilepsie. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 77 (1926) 555-572

ders.: Epileptisch und Epileptoid. Gedanken zum Körperbau- und Charakterproblem. Arch. f. Psychiat. u. Nerven-

krankh. 82 (1928) 708-718

Diehl, L.W.: Wesensänderung bei Epilepsien? Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Leipzig), 30 (1978) 239-247

Dörner,K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Fischer, Frankfurt (M) 1975

ders.: Nationalsozialismus und Lebensvernichtung. In: ders.: Diagnosen der Psychiatrie. Über die Vermeidungen der Psychiatrie und Medizin. Campus, Frankfurt (M) 1975, S.59-95

Emminghaus, H.: Allgemeine Psychopathologie. Zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen. F.C.W.Vogel, Leipzig 1878

Erler: Hysterisches und hystero-epileptisches Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 35 (1879) 16-45

Eschle, F.C.R.: Grundzüge der Psychiatrie. Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien 1907

Esquirol, J.E.D.: Die Geisteskrankheiten in Beziehung zur Medizin und Staatsarzneikunde. Übersetzt von W.Bernhard. 1.Bd., Voss'sche Buchhandlung, Berlin 1838

Eulner, H.-H.: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. F.Enke, Stuttgart 1970

Ewald, G.: Nochmals die Epilepsie im Sterilisationsverfahren. Med. Klinik 1936, 1131-1133

Falk,F.: Studien über Irrenheilkunde der Alten. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 23 (1866) 429-566

Falret, J.: De l'état mentale des épileptiques. Arch. gén. méd. V^{e} Série, tome 16 (1860), Vol. 2, 661-679; tome 17 (1861), Vol.1, 461-491; Vol. 2, 423-443

Féré, Ch.: Die Epilepsie. Übersetzt von P.Ebers. W.Engelmann, Leipzig 1896

Feuchtwanger: E.: Anfallsäquivalente und psychische Dauerveränderungen bei der Epilepsie nach Hirnverletzung. Nervenarzt 3 (1930) 577-591

Finke, M.: Die Einstellung der Bevölkerung der BRD zur Epilepsie. Nervenarzt 52 (1981) 581-584

Fischer, F.: Zur Lehre vom epileptischen Irresein. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 15 (1884) 741-776

Fischer, H.: Ergebnisse zur Epilepsiefrage. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 56 (1920) 106-141

Fischer, M.: Heinrich Schüle. In: Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Hrsg.: Th.Kirchhoff. 2.Bd., Springer, Berlin 1924, S.184 bis 195

Fleck, U.: Zur Charakterologie der Epileptiker. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 93 (1930) 12-18

Fleck, U.: Über das Epileptoid und den epileptischen Charakter. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 102 (1934) 383-429

Flemming, C.F.: Pathologie und Therapie der Psychosen. Nebst Anhang: Ueber das gerichtsärztliche Verfahren bei Erforschung krankhafter Seelenzustände. Hirschwald, Berlin 1859

ders.: Über 'Moral Insanity'. Der Irrenfreund 16 (1874) 1-9

Foerster, O.: Die Pathogenese des epileptischen Krampfanfalles. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 94 (1926) 15-53

Foucault, M. (Hg.): Der Fall Rivière. Materialien zum Verhältnis von Psychiatrie und Strafjustiz. Suhrkamp, Frankfurt (M) 1975

Friedreich, J.B.: Systematisches Handbuch der gerichtlichen Psychologie für Medicinalbeamte, Richter und Vertheidiger. O.Wigand, Leipzig 1835

Freud, S.: Selbstdarstellung. In: ders.: Selbstdarstellung. Schriften zur Geschichte der Psychoanalyse. Hrsg. u. eingeleitet v. I.Grubich-Simitis. Fischer, Frankfurt (M) 1971, S.37-100

Frisch, F.: Die pathophysiologischen Grundlagen der Epilepsie. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. Band 65 (Orig.) 1920, 192-240

Froescher, W.: Psychische Störungen bei Epilepsien. Zeitschr. f. Allgemeinmed. 55 (1979) 488-496

Fuhrmann, M.: Diagnostik und Prognostik der Geisteskrankheiten. 2.Aufl., J.A.Barth, Leipzig 1913

Ganner, H.: Zur Frage der epileptischen Wesensänderung bei Epilepsie. Wien. klin. Wochenschr. 80 (1968) 357-360

Gaupp, R.: Die Dipsomanie. G.Fischer, Jena 1901

Georget, E.J.: Epilepsie. Arch. gén. méd. Vol. 8 (1825) 206-225

Gerlach: Zur Casuistik des epileptischen Irreseins. Der Irrenfreund 21 (1879) 1-13

Gerum, K.: Beitrag zur Frage der Erbbiologie der genuinen Epilepsie, der epileptoiden Erkrankungen und der epileptoiden Psychopathie. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 115 (1928) 319-422

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.Juli 1933. Bearbeitet und erläutert von A.Gütt, E.Rüdin, F.Ruttke. J.F.Lehmanns, München 1934

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.Juli 1933 nebst Ausführungsverordnungen. Bearbeitet und erläutert von A.Gütt, E.Rüdin, F.Ruttke. 2.Aufl., J.F.Lehmanns, München-Berlin 1936

Gnauck, R.: Über die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 13 (1882) 337-358

Greppin, L.: Das epileptische Irresein. Inaug.-Diss., Basel 1884

Griesinger, W.: Über einige epileptoide Zustände. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 1 (1868/69) 320-333

Gruhle, H.W.: Über die Fortschritte in der Erkenntnis der Epilepsie in den letzten 10 Jahren und über das Wesen dieser Krankheit. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. Ref., Bd.2 (1911) 1-42

ders.: Psychiatrie für Ärzte. Springer, Berlin 1918

ders.: Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. Hg.: O.Bumke, Bd.8, Springer, Berlin 1930, S.669-728

Guerrant, J., W.W.Anderson, A.Fischer et al.: Personality in Epilepsy. Thomas, Springfield (Illinois) 1962

Güse, H.-G. und N.Schmacke: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. 2 Bde., Athenäum, Kronberg 1976

Hartmann, F. und H. di Gaspero: Epilepsie. In: Handbuch der Neurologie. Hg.: M.Lewandowsky. Band 5, Springer, Berlin 1914, S.832-931

Hasse, K.E.: Die Krankheiten des Nervenapparates. In: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Redigiert von R.Virchow. 4.Bd., 1.Abtheil., Enke, Erlangen 1855

Hebenstreit, G.: Psychopathologie bei Epilepsie entsprechend der Epilepsiegruppierung der WHO. Psychiat. Prax. 9 (1982) 56-58

Hecker, A.F.: Kunst die Krankheiten der Menschen zu heilen, nach den neuesten Verbesserungen in der Arzneiwissenschaft. 2. Theil, 4.Aufl., Henningsche Buchhandl., Erfurt 1813

Hedenström, I. von: Bedeutung der Wesensänderung für die Diagnose der kryptogenetischen und symptomatischen Epilepsie. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 206 (1965) 599-611

Heilbronner, K.: Epilepsie. In: Handbuch der Inneren Medizin. Hg.: L.Mohr und R.Staehelin. 5.Bd., Springer, Berlin 1912, S.833-875

Heinroth, J.C.A.: System der psychisch-gerichtlichen Medizin, oder theoretisch-praktische Anweisung zur wissenschaftlichen Erkenntnis und gutachtlichen Darstellung der krankhaften persönlichen Zustände, welche vor Gericht in Betracht kommen. C.H.F.Hartmann, Leipzig 1825

Helmchen, H.: Verlauf und Prognose der Epilepsien unter psychiatrischem Aspekt. akt. neurol. 6 (1979) 205-211

Henke, A.: Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Zum Behuf academischer Vorlesungen und zum Gebrauch für gerichtliche Ärzte und Rechtsgelehrte. J.E.Hitzig, Berlin 1812

ders.: Abhandlungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Medicin. Als Erläuterungen zu dem Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. 4.Bd., F.A.Brockhaus, Leipzig 1820

ders.: Abhandlungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Medicin. Als Erläuterungen zu dem Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. 4.Bd., 2.Aufl., F.A.Brockhaus, Leipzig 1830

Herha, J.: Gibt es eine 'epileptische Wesensänderung'? Die Berliner Ärztekammer 16 (1979) 306

Hermes: Gutachten über den Seelenzustand einer an unvollkommener Epilepsie leidenden Brandstifterin. Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde. 20.Bd., 10.Jahrgang (1830), 3.Vierteljahresheft, S.149-173

Herpin: Du prognostic et du traitement curatif de l'épilepsie. Paris 1852

Hinrichsen, O.: Beitrag zur Kenntnis des epileptischen Irreseins. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 68 (1911) 22-103

Hoche, A.: H.Emminghaus. In: Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Hrsg.: Th.Kirchhoff. 2. Band, Springer, Berlin 1924, S.231-233

Hoff, H.: Zur Prophylaxe der epileptischen Charakterveränderung. Wien. med. Wochenschr. 163 (1953) 8-11

ders. und H.Strotzka: Aktuelle Epilepsieprobleme. Triangel 1 (1953) 21-28

Hoffbauer, J.H.: Die psychischen Krankheiten und die damit verwandten Zustände, in Bezug auf die Rechtspflege. Vornämlich zum Gebrauch für Gerichtsärzte und Rechtsgelehrte. Förstner, Berlin 1844

Hoffmann, H.: Beobachtungen und Erfahrungen über Seelenstörung und Epilepsie in der Irren-Anstalt zu Frankfurt a. M. (1851-1858). Rütten, Frankfurt (M) 1859

Horstmann, P. und R.Michaelis: Zur Diagnose der epileptischen Wesensänderung. Lebensversicherungsmedizin 27 (1975) 77-79

Huber, G. und H.Penin: Psychische Dauerveränderungen und Persönlichkeit der Epileptiker. In: Psychiatrie der Gegenwart. Hg.: K.P.Kisker, J.-E. Meyer, M.Müller, E.Strömgren. Band 2/2, 2.Aufl., Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1972, S.641-690

Huber,G.: Psychopathologie der Epilepsien. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Psychosen, Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen. Schattauer, Stuttgart 1973, S.7-22

Isserlin, M.: Über die Bedeutung der Erfahrungen an Kriegshirngeschädigten. Nervenarzt 3 (1930) 569-577

Jahn, F.: Klinik der chronischen Krankheiten. Nach eigenen Erfahrungen und Beobachtungen, und mit Berücksichtigung der bewährtesten Schriftsteller. Klüger'sche Buchhandlung, Arnstadt 1815

Jahn, G.: Gerichtlich-medicinisches Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit eines Epileptischen, der ein eilfjähriges Mädchen erschlagen hat. Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde, Band 14, 7. Jahrgang (1827) 282-320

Janz, D.: Eine unbekannt gebliebene Abhandlung Victor von Weizsäckers über die epileptische Persönlichkeit. Jahrbuch f. Psychol. Psychotherapie u. med. Anthrop. 14 (1966) 16-20

ders.: Die Epilepsie. Spezielle Pathologie und Therapie. Thieme, Stuttgart 1969

ders.: Denkschrift Epilepsie. (DFG) Boldt, Boppard 1973

Janzarik, W.: Themen und Tendenzen der deutschsprachigen Psychiatrie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1974

Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. 7. Aufl., Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1959

Jolly, P.: Kurzer Leitfaden der Psychiatrie. A.Marcus u. E.Webers, Bonn 1914

Juristische Wochenschrift. 1936, S.1001

Kant, I.: Anthropologie. Die Klassiker der Pädagogik Band 11, F.G.L.Greßler, Langensalza 1890

Kehrer, F.: Über den Ursachenkreis der Epilepsie. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 26 (1935), Heft 5, 44-63

Kirchhoff, Th. (Hg.): Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. 2 Bde., Springer, Berlin 1924

Knapp, A.: Die epileptische Wesensänderung. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 113 (1941) 473-490

Koch, J.L.A.: Kurzgefaßter Leitfaden der Psychiatrie. Dorn'sche Buchhandlung, Ravensburg 1888

ders.: Spezielle Diagnostik der Psychosen. O.Maier, Ravensburg 1890

Kraepelin, E.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 4.Aufl., Leipzig 1893

ders.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd.2, 6.Aufl., J.A.Barth, Leipzig 1899

ders.: Einführung in die psychiatrische Klinik. 30 Vorlesungen. J.A.Barth, Leipzig 1901

Kraepelin, E.: Psychiatrie. Einlehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd.2, 7.Aufl., J.A.Barth, Leipzig 1904

ders.: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd.3, 8.Aufl., J.A.Barth, Leipzig 1913

ders.: Einführung in die psychiatrische Klinik. 3.Aufl., J.A.Barth, Leipzig 1916

ders.: Zur Epilepsiefrage. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 52 (1919) 107-116

Krafft-Ebing, R. von: Über epileptoide Dämmer- und Traumzustände. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 33 (1877) 111-125

ders.: Lehrbuch der Psychiatrie. Band 2. Die spezielle Pathologie und Therapie des Irreseins. Enke, Stuttgart 1879

Kretschmer, E.: Körperbau und Charakter. Springer, Berlin 1921

ders.: Veranlagung zu psychischer Erkrankung (Manisch-Depressives Irresein, Schizophrenie, Epilepsie). Zentralbl. ges. Neurol. Psychiat. 35 (1924) 265-269

ders.: Der heutige Stand der psychiatrischen Konstitutionsforschung. Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung 18 (1927), Heft 5, 29-42

Krisch, H.: Epilepsie und manisch-depressives Irresein. Karger, Berlin 1922

Krisch, H.: Kritisches über die 'Affektepilepsie' (Bratz), die 'Psychasthenischen Krämpfe' (Oppenheim) und den epileptischen Charkter. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 77 (1926) 547-554

Lange, E. und H.Mucha: Die 'epileptische Wesensänderung'. Psychiat. Neurol. med. Psychol. 24 (1972) 433-446

Leibbrand, W. und A.Wettley: Der Wahnsinn. Geschichte der abendländischen Psychopathologie. Alber, Freiburg-München 1961

Leidesdorf, M.: Lehrbuch der psychischen Krankheiten. Enke, Erlangen 1865

ders.: Über epileptische Geistesstörung. Medicin. Jahrbücher (Wien) 1875, 157-174

Lemperière, Th.: Histoire de l'évolution des idées sur la mentalité épileptique. Histoire de la médecine, 5 (1), 1955, 69-75

Lennox, W.G. with collaboration of M.A.Lennox: Epilepsy and Related Disorders. 2 vols., Churchill, London 1960

Lexikon der Psychiatrie. Hg.: Chr.Müller. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1973

Leuret, F.: Recherches sur l'épilepsie. Arch. gén. méd., 4e série (1843) 32-50

Liepmann, H.: Epileptische Geistesstörungen. In: Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts in akademischen Vorlesungen. Hrsg.: E. von Leyden u. F.Klemperer, 4.Bd., 2.Abtheil.: Geisteskrankheiten. Urban u. Schwarzenberg, Wien-Berlin 1906, S.541-560

Lombroso, C.: Identität der Epilepsie mit dem Gemüthswahnsinn und der angeborenen Delinquenz. Neurol. Centralbl. 4 (1885) 197-198

Löbenstein-Löbel, E.: Wesen und Heilung der Epilepsie. A.G.Liebeskind, Leipzig 1818

Luxenburger, H.: Der heutige Stand der empirischen Erbprognose in der Psychiatrie als Grundlage für Maßnahmen der praktischen Erbgesundheitspflege. Zentralbl. ges. Neurol. Psychiat. 83 (1937) 561-572

Magnan, V.: Psychiatrische Vorlesungen. Deutsch von P.J.Möbius. Thieme, Leipzig 1892

Matthes, A.: Epilepsie. Diagnostik und Therapie für Klinik und Praxis. 3.Aufl., Thieme, Stuttgart 1977

ders.: Diskussionsbemerkung. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Psychosen, Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen. Schattauer, Stuttgart 1973, S.161

Mauz, F.: Zur Frage des epileptischen Charakters. Zentralbl. ges. Neurol. Psychiat. (Ref.) 45 (1927) 833-835

ders.: Die Veranlagung zu Krampfanfällen. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 104 (1936) 16-19

ders.: Die Veranlagung zu Krampfanfällen. Thieme, Leipzig 1937

Mayer-Gross, W.: Die Schizophrenie. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. Hg.: O.Bumke. Bd.9, Spez. Teil 5, Springer, Berlin 1932, S.293-578

Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Hrsg. v. A.Mitscherlich u. F.Mielke. Fischer, Frankfurt (M) 1978

Mende, L.J.C.: Ausführliches Handbuch der gerichtlichen Medizin für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Aerzte und Wundaerzte. 1. Theil. Dyk'sche Buchhandlung, Leipzig 1819

Mendel, E.: Manie. Wien-Leipzig 1881

ders.: Leitfaden der Psychiatrie. Enke, Stuttgart 1902

Minkowska, F.: Charakterologische Probleme im Lichte psychiatrischer und genealogischer Hereditätsforschung (mit besonderer Berücksichtigung der Epileptoidie). Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 82 (1923) 199-211

dies.: La constitution épileptoide et ses rapports avec la pathogénie de l'épilepsie essentielle. Ann. Méd.-psychol. 89 (1931) 291-300

Morel, B.A.: Traité des maladies mentales. Masson, Paris 1860

Müller, K.: Zur Frage der Beeinflußbarkeit der epileptischen Wesensänderung. Zentralbl. ges. Neurol. Psychiat. (Ref.) 168 (1962) 100

Muskens, L.J.J.: Epilepsie. Vergleichende Pathogenese. Erscheinungen. Behandlung. Springer, Berlin 1926

Nauck, E.Th.: Über gerichtsmedizinischen Unterricht in Freiburg i. Br., Ber. Naturf. Ges. Freiburg i. Br., 50 (1960) 5-56

Neumann, K.G.: Die Krankheiten des Vorstellungsvermögens. C.Cnobloch, Leipzig 1822

Nothnagel, H.: Epilepsie und Eklampsie. In: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Hg.: H. von Ziemssen. 12.Bd., 2.Hälfte, 2.Aufl., F.C.W.Vogel, Leipzig 1877

Notkin, J.: Is there an epileptic personality make-up? Arch. neur. (Ref.) 20 (1928) 799-803

Penin, H. (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie, Psychosen, Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen. Schattauer, Stuttgart 1973

Pernstich, G.: Über die epileptische Wesensänderung. Wien. klin. Wochenschr. 69 (1957) 700-702

Peters, U.H.: Zur Psyche des Epileptikers im Erwachsenenalter. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Psychosen. Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen. Schattauer, Stuttgart 1973, S.119-126

ders.: Diskussionsbemerkung. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Psychosen, Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen. Schattauer, Stuttgart 1973, S.162

ders.: Psychopathologie des Epileptikers. Med. Welt 26 (1975) 1089-1093

Pick, A.: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. Hrsg. von A.Eulenburg, 5.Bd., Urban u. Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1881, S.7-15

ders.: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. Hrsg. von A.Eulenburg. 6.Bd., 2.Aufl., Urban u. Schwarzenberg, Wien -Leipzig 1886, S.446-455

ders.: Epileptische Geistesstörung. In: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. Medicinisch-chirurgisches Handwörterbuch für praktische Ärzte. Hrsg. von A.Eulenburg. 7.Bd., 3.Aufl., Urban u. Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1895, S.202-214

Pilcz, A.: Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. 2.Aufl., Urban u. Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1909

Platner, E.: Gewaltthätigen Handlungen Epileptischer kommt, wenn selbige schon in der Absicht, Böses zu thun und sich zu rächen, unternommen wurden, die Entschuldigung durch Geistes-Unfreiheit zu statten. In: ders.: Untersuchungen über einige Hauptcapitel der gerichtlichen Arznej-Wissenschaft durch beigefügte zahlreiche Gutachten der Leipziger medicinischen Facultät erläutert. Aus dem Lateinischen übersetzt und geordnet herausgegeben von C.E.Hedrich. P.G.Kummer, Leipzig 1820, S.69-77

Pohlisch, K.: Epilepsie. Der Erbarzt 5 (1938) 4-9

Pond, D.A.: Epilepsy and personality disorders. In: Handbook of Clinical Neurology, ed. by P.J.Vinken and G.W.Bruyn, Vol. 15 (The Epilepsies, ed. by O.Magnus and A.M.Lorentz de Haas), North-Holland, Amsterdam 1974, S.576-592

Portal, A.: Betrachtungen über die Natur und Behandlung der Epilepsie. Frei nach dem Französischen bearbeitet von K.Chr.Hille. C.H.F.Hartmann, Leipzig 1828

Prichard, J.C.: A Treatise on Diseases of the Nervous System, London 1822

Raecke, J.: Die transitorischen Stimmungsschwankungen der Epileptiker. C.Marhold, Halle a. Saale 1903

Raimann, J.N. von: Handbuch der speciellen medicinischen Pathologie und Therapie. 2.Bd., 4.Aufl., Wolters, Stuttgart 1832

Redlich, E.: Über die Beziehungen der genuinen zur symptomatischen Epilepsie. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 36 (1909) 197-267

ders.: Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie. Referate, erstattet auf der Tagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Hamburg 1912. Karger, Berlin 1913

ders.: Epilepsie. In: Handbuch der Neurologie. Hg.: O.Bumke u. O.Foerster. Ergänzungsband. Springer, Berlin 1924, S.407-492

ders.: Kritische Bemerkungen zur Frage der Psychogenese und Psychotherapie der Epilepsie. Nervenarzt 2 (1929) 1-8

Regnault, E.: Das gerichtliche Urtheil der Aerzte über zweifelhafte psychische Zustände insbesondere über die sogenannte Monomanie. Aus dem Französischen übersetzt von A.Bourel, mit einem Anhange von F.Nasse. G.Pappers, Cöln 1830

Reichardt, M.: Leitfaden zur psychiatrischen Klinik. G Fischer, Jena 1907

Remschmidt, H.: Chronische Psychosyndrome bei Epilepsien. Med. Klinik 64 (1969) 1465-1470

ders.: Sind Patienten mit temporaler Epilepsie psychisch besonders auffällig? Nervenarzt 41 (1970) 561-564

ders.: Experimentelle Untersuchungen zur sogenannten epileptischen Wesensänderung. Fortschr. Neurol. Psychiat. 38 (1970) 524-540

ders.: Testpsychologische und experimentelle Untersuchungen zur Psychopathologie der Epilepsien. In: H.Penin (Hg.): Psychische Störungen bei Epilepsie. Psychosen, Verstimmungen, Persönlichkeitsveränderungen. Schattauer, Stuttgart 1973, S.135-156

Ritter, G.: Epilepsie und soziales Vorurteil in historischer Sicht. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Leipzig) 25 (1974) 754-761

ders.: Medizinsoziologische Aspekte der Epilepsie (Versuch einer Synopsis). Fortschr. Neurol. Psychiat. 44 (1976) 151-181

ders.: Bemerkungen zur Sozialgeschichte der Epilepsie. Nervenarzt 46 (1976) 513-518

Rittershaus, E.: Zur psychologischen Differentialdiagnose der einzelnen Epilepsie-Formen. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 46 (1910) 1-93, 464-545

Roemer, H.: Zur Symptomatologie und Genealogie der psychischen Epilepsie und der epileptischen Anlage. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 67 (1910) 588-627

Rüdin, E.: Einige Wege und Ziele der Familienforschung, mit Rücksicht auf die Psychiatrie. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. (Orig.) 7 (1911) 487-584

ders.: Der gegenwärtige Stand der Epilepsieforschung. IV.Teil: Genealogisches. Zeitschr. ges. Neurol. Psychiat. 89 (1924) 368-382

Russel Reynolds, J.: Epilepsie. Ihre Symptome, Behandlung und ihre Beziehungen zu andern chronisch-convulsiven Krankheiten. Deutsch herausgegeben von H.Beigel. Enke, Erlangen 1865

Salgó, J: Compendium der Psychiatrie. 2.Aufl., Bermann u. Altmann, Wien 1899

Samt, P.: Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie. Hirschwald, Berlin 1874

ders.: Epileptische Irreseinsformen. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 5 (1875) 393-444, 6 (1876) 110-216

Sander, A.: Über die forensische Bedeutung der Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. 10 (1873) 500-517

Schipperges, H.: Psychiatrische Konzepte und Einrichtungen in ihrer geschichtlichen Entwicklung. In: Psychiatrie der Gegenwart. Hrsg.: K.P.Kisker, J.-E.Meyer, C.Müller, E.Strömgren. Bd.3, 2.Aufl., Springer, Ber-

lin-Heidelberg-New York 1975, S.1-38

Schlöss, H.: Propädeutik der Psychiatrie für Theologen und Pädagogen. H.Kirsch, Wien 1908

Schlomer, G.: Leitfaden für die klinische Psychiatrie. Müller und Steinicke, München 1917

Schmidt, G.: Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Evang. Verlagswerk, Stuttgart 1965

Schmidt, Th.: Compendium der Nervenkrankheiten. E.Kummer, Leipzig 1869

Schneble, H.: 'Antiepileptische Therapie 1877' - Die Behandlung der Epilepsie vor 100 Jahren. Nervenarzt 49 (1978) 76-81

Schorsch, G.: Zur epileptischen Wesensänderung. Nervenarzt 40 (1969) 521-528

Schrenk, M.: Über den Umgang mit Geisteskranken. Die Entwicklung der psychischen Therapie vom 'moralischen Regime' in England und Frankreich zu den 'psychischen Curmethoden' in Deutschland. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1973

Schüle, H.: Handbuch der Geisteskrankheiten. In: Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie, hrsg. von H. von Ziemssen, 16.Bd., F.C.W.Vogel, Leipzig 1878

ders.: Klinische Psychiatrie. Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. 3.Aufl., F.C.W.Vogel, Leipzig 1886

Schulte, H.: Erbliche Fallsucht. In: K.Bonhoeffer (Hg.): Die psychiatrischen Aufgaben bei der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, mit einem Anhang: Die Technik der Unfruchtbarmachung. Karger, Berlin 1934

Schulte, W. und Tölle, R.: Psychiatrie. 3.Aufl., Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1975

Schupmann: Aus dem Jahresbericht über die Provincial-Pflege-Anstalt zu Gesecke vom 14.10.1845 bis 14.10.1846. Zeitschr. f. Psychiat. 4 (1847) 237-245

Scull, A.T.: Die Monopolisierung der Irrenbehandlung: Anstalten und Ärzte. In: M.W.Wambach, G.Hellerich und W.Reichel (Hg.): Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt (M) 1980, S.43-58

Simma, K.: Einiges über die epileptische Wesensänderung und ihre Behandlung. Monatsschr. Psychiat. 125 (1953) 683-689

Sommer, R.: Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studirende. Urban u. Schwarzenberg, Wien-Leipzig 1894

ders.: Psychopathologische Untersuchungsmethoden. Urban u. Schwarzenberg, Berlin-Wien 1899

Sommer, W.: Postepileptisches Irresein. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 11 (1881) 549-612

Speyer: Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit eines Epileptischen. Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde, 25. Ergänzungsheft, 18.Jahrgang (1838) 243-247

Spitta, H.: Ein Beitrag zur Lehre von der Zurechnungsfähigkeit epileptischer Personen. Zeitschr. f. d. Staatsarzneikunde, 16.Bd., 8.Jahrg. (1828) 347-394

Sponholz, C.M.F.: Aphorismen zur Epilepsie nach Pathogenese, Therapie und öffentlicher Fürsorge. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 28 (1872) 529-577

Stransky, E.: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. 2.Bd., F.C.W.Vogel, Leipzig 1919

Stauder, K.H.: Konstitution und Wesensänderung der Epileptiker. Thieme, Leipzig 1938

ders. (Ps. Thomas Regau): Verschrottung und Züchtung. In: ders.: Medizin auf Abwegen. Der Einbruch der Technik in die Heilkunst. Kösel, München 1960, S.111-131

Stertz, G.: Zur Auffassung der genuinen Epilepsie. Münchn. med. Wochenschr. 80 (1933) 881-833

Strotzka, H.: Psychologische Probleme der Epilepsie. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 76 (1955) 375-379

Tellenbach, H.: Zur Phänomenologie der Verschränkung von Anfallsleiden und Wesensänderung beim Epileptiker. Versuch einer Wesensbestimmung des epileptischen Fürsten Myschkin. Jahrbuch f. Psychol. Psychother. u. med. Anthropologie 14 (1966) 57-68

Tellez, A.: Die epileptische Wesensänderung. Nervenarzt 38 (1967) 49-55

Temkin, O.: The Falling Sickness. Sec. Ed., Hopkins, Baltimore-London 1971

Thums, K.: Neuere Ergebnisse der psychiatrischen Forschung. III. Epilepsie. Zeitschr. f. psychische Hygiene 8 (1935) 12-19

Tissot, S.A.: Abhandlung von den Nerven und ihren Krankheiten. Übersetzt von F.A.Weber. 4.Bd., C.G.Dengel, Königsberg-Leipzig 1783

Tissot, S.A.: Abhandlung über die Nerven und deren Krankheiten. Übersetzt von J.C.G.Ackermann. 3.Bd., 1.Teil, Frankfurt-Leipzig 1784

Tizard, B.: The Personality of epileptics. A discussion of evidence. Psychol. Bull. 59 (1962) 196-210

Vejas, P.: Epilepsie und Verrücktheit. Casuistische Beiträge. Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 17 (1886) 118-130

Verschuer, O. von: Der Erbarzt an der Jahreswende. Der Erbarzt 5 (1938) 1-2

Villinger, W.: Erfahrungen mit dem Erbkrankheitenverhütungsgesetz. Zeitschr. f. psychische Hygiene 8 (1935) 70-85

ders.: Zur Frage der erblichen Fallsucht. Münchn. med. Wochenschr. 84 (1937) 461-467

Vogel, S.G.: Beitrag zur gerichtsärztlichen Lehre von der Zurechnungsfähigkeit. Magazin f. d. ges. Heilkunde, Bd.12 (1822) 19-21

Vogt, H.: Epilepsie. In: Handbuch der Psychiatrie. Hg.: G.Aschaffenburg, Spez. Teil, 1.Abt., F.Deuticke, Leipzig-Wien 1915, S.53-271

Vorkastner, W.: Epilepsie und Dementia praecox. Karger, Berlin 1918

Wambach, M.W., G.Hellerich und W.Reichel (Hg.): Die Museen Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie. Suhrkamp, Frankfurt (M) 1980

Weber, L.W.: Die Epilepsie als klinischer Krankheitsbegriff. Sonderdruck aus der Münchn. med. Wochenschr. Nr. 31 und 32 (1912)

Weingart, P.: Wissensproduktion und soziale Struktur. Suhrkamp, Frankfurt (M) 1976

Weiss, J.: Die 'epileptische Geistesstörung'. Wien. med. Wochenschr. 26.Jahrgang (1876) 402-405, 423-426

ders.: Weitere casuistische Beiträge zur 'psychischen Epilepsie'. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 35 (1879) 1-15

Weizsäcker, V. von: Natur und Geist. 3.Aufl., Kindler, München 1977

Wendt: Ein Beitrag zur antiepileptischen Bromkali-Cur. Allg. Zeitschr. f. Psychiat. 33 (1877) 276-292

Wernicke, C.: Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Thieme, Leipzig 1900

Westphal, K.: Körperbau und Charakter der Epileptiker. Nervenarzt 4 (1931) 96-99

Weygandt, W.: Atlas und Grundriß der Psychiatrie. J.F.Lehmanns, München 1902

Wildermuth, H.: Die Fürsorge für Epileptische. Sonder-Abdruck aus dem Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. Bd.1, Abth.2, Berlin o.J.

Ziehen, Th.: Psychiatrie. Für Ärzte und Studirende bearbeitet. F.Wreden, Berlin 1894

LEBENSLAUF

Am 29.Mai 1950 wurde ich, Baltram Gottlob Schmidt, als Sohn des Baltram Schmidt sen. und der Luise Schmidt, geb. Höfer, in Kirchheim/Teck geboren.
Von 1957-1961 besuchte ich in Stuttgart die Grundschule, von 1961-1967 das Friedrich-Eugens-Gymnasium und von 1967-1970 das Wirtschaftsgymnasium, an dem ich 1970 die Reifeprüfung ablegte.
Nach einem zweisemestrigen Studium der Pädagogik und der Politikwissenschaft an der Universität Stuttgart nahm ich zum Wintersemester 1971/72 an der Universität Tübingen das Studium der Sozialpädagogik auf.
Zum Wintersemester 1976/77 konnte ich an der Universität Tübingen das Studium der Humanmedizin beginnen.
Am 12. Mai 1978 schloß ich das Studium der Sozialpädagogik mit der Diplomprüfung ab.
Am 26. Oktober 1983 schloß ich das Studium der Medizin mit der 3. Ärztlichen Prüfung ab.